Rok XXXIV. Kraków 23. Marca 1895 r. Nr. 12.

Redakcya:
Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 8.
Telefonu Nr. 168.

Administracya:
Zakład fizyologiczny,
Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia
przyjmują: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 81. rue des Saints Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości $1^1/_2$ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, Haitto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères, w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 150. Broome Streets.

Rękopisy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 30 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

I. Z kliniki chirurgicznej prof. Rydygiera w Krakowie.

Nowy sposób opatrywania złamań obojczyka.

Podał
Dr. Leon Kryński,
I. asystent kliniki.

(Według wykładu na posiedzeniu Tow. lek. krak. dnia 6. Marca 1895).

Znanem i niepozbawionem słuszności jest to nieco paradoksalne napozór twierdzenie, że im więcej istnieje metod leczniczych w jakiejś sprawie chorobowej, tem mniejszą bywa wartość każdej z nich, tem dalszem pomyślne rozwiązanie całego zadania leczniczego. Jeżeli gdzie, to ze znacznym stopniem słuszności da się to zastosować do sprawy leczenia złamań obojczyka. Liczba metod ustalania złamanych końców kości, sposobów zakładania opatrunków, przyrządów i maszyn liczy się na dziesiątki. Rzecz prosta ogromna większość wszystkich tych sposobów dawno złożona została do archiwum chirurgii i dziś stanowi już tylko wspomnienie historyczne. Z całego tego arsenału dziś pozostało jeszcze w użyciu zaledwo kilka metod, którym poświęcimy poniżej słów parę. Przedtem zastanowimy się w krótkości nad mechanizmem złamania kości obojczykowej i następstwami, które ten stan chorobowy wywołuje.

Skutkiem tej lub innej przyczyny, a do najczęstszych należy uderzenie lub upadnięcie na brzeg barku, rzadziej na łokieć lub rękę wyprostowanej kończyny, powstałe złamanie obojczyka w ogromnej większości przypadków przedstawia typowy obraz objawów chorobowych. Najzwyklejszym miejscem złamania jest środkowa $^1/_3$ część obojczyka i jej zewnętrzna granica na przejściu w część $^1/_3$ zewnętrzną, co jest następstwem stosunków anatomicznych tej kości. Pomijając złamania niezupełne lub podokostnowe i szereg rzadkich postaci złamań, zastanowimy się chwilę nad typem złamań obojczyka, jaki stanowi niewątpliwie złamanie w części środkowej lub na granicy części środkowej i zewnętrznej.

Linia pęknięcia kości rzadko kiedy bywa prostopadła do jej osi; najczęściej przebiega ona ukośnie i to zwykle w kierunku od góry, tyłu i wewnątrz ku dołowi, przodowi i zewnątrz. Taki kierunek linii złamania w połączeniu z pewnymi stosunkami miejscowymi jest przyczyną pewnego charakterystycznego ułożenia odłamków kości, a wskutek uszkodzenia kostnego pierścienia barkowego następuje jednocześnie i zmiana w ułożeniu barku i całego ramienia. Bark, pozbawiony podpory ze strony obojczyka, utrzymującej go nietylko na pewnej wysokości, lecz i w pewnem oddaleniu od klatki piersiowej, ulega własnemu ciężarowi i pod pływem tej siły opuszcza się n a d ó ł, zataczając jednocześnie mały łuk ku p r z o d o w i i ś r o d k o w i. Ztąd wtęc powstaje charakterystyczne ułożenie barku i kończyny po złamaniu obojczyka: o b n i ż e n i e, z w r ó c e n i e na wewnątrz i zbliżenie ku linii środkowej ciała; ztąd też łatwo zrozumieć zmianę w położeniu względem siebie odłamków kości *(dislocatio)*, z których zewnętrzny pociągany przez bark opuszcza się ku dołowi, wewnętrzny zaś pozostaje w miejscu lub nawet unosi się nieco ku górze pod pływem działania mięśnia obojczyko-sutkowego.

W ten sposób powstaje przemieszczenie odłamków osiowe, boczne i w długości *(dislocatio ad axim, ad latus, ad longitudinem)*, brzegi zaś odłamków tworzą zazwyczaj kąt, otwarty ku dołowi i zwrócony wierzchołkiem ku górze i tyłowi.

Te stosunki i zachodzące w nich wskutek złamania zmiany należy zawsze mieć na względzie, chcąc ocenić działanie i wartość założonego przyrządu czy opatrunku. Podobnie jak we wszystkich złamaniach kości, i tu zadaniem leczenia jest odprowadzenie przemieszczonych odłamków na miejsce i utrzymanie ich w tej pozycyi. Ponieważ ustalenie

to przez działanie bezpośrednie, jak to bywa na kończynach, jest tu niemożliwe, należy osiągnąć je przez odpowiednie ustawienie barku i całego pierścienia barkowego. Trzeba więc znieść patologiczne położenie barku i utrzymać go w prawidłowej pozycyi; a zatem opatrunek na złamanie obojczyka musi działać w kierunku wprost odwrotnym do obranego przez bark t. j. powinien bark a wraz z nim i całą kończynę górną 1) unosić ku górze, 2) odciągać ku tyłowi i 3) zwracać na zewnątrz. To są trzy zasadnicze warunki, które wypełniać musi każdy opatrunek, mający odpowiadać celowi; do tego dodać możemy czwarty, bardzo pożądany: ustalenie miejscowe odłamków przez działanie na miejsce złamania.

Miarą więc wartości każdego z podanych do leczenia złamań obojczyka opatrunków jest ile możności jak najściślejsze wypełnienie tych zasadniczych wymagań. Zobaczymy, jak się przedstawi wartość najbardziej używanych obecnie opatrunków przy zastosowaniu do nich tylko co podanej skali.

Jeżeli odrzucimy całą kolekcyę archeologiczną przyrządów, to pozostanie kilka opatrunków, dziś jeszcze będących w użyciu i wykładanych na kursach opatrunkowych. Z pomiędzy nich, opatrunkom Desaulta i Velpeau nikt dziś już chyba nie przypisuje działania ustalającego w złamaniu obojczyka; pod tym względem, z wyjątkiem może niejakiego unoszenia ramienia ku górze, nie odpowiadają one dokładnie ani jednemu z tych zasadniczych wskazań. Oprócz tego mają one tę wielką wadę, że punktem oparcia do ustalenia złamanego obojczyka służy dla nich ruchoma klatka piersiowa; albo więc, chcąc ustalić jako tako, trzeba opasywać bardzo mocno klatkę piersiową, co utrudnia oddechanie, albo nie chcąc uciskać klatki piersiowej, z góry zrzec się jakiegokolwiek ustalenia obojczyka, tembardziej, że i tak chory rozluźni sobie opatrunek, zbyt uciskający piersi. Nadto po opatrunku Desaulta, wskutek ucisku na splot barkowy poduszki włożonej pod pachę, spostrzegano już niejednokrotnie różne zaburzenia nerwowe w kończynie. Dziś obydwa te opatrunki mogą mieć zastosowania tylko chyba po odprowadzeniu zwichnięcia główki ramienia lub w złamaniach kości ramiennej.

Wspólną z nim wadę ustalania przez przymocowanie do klatki piersiowej ma jeden z najbardziej obecnie używanych, opatrunek Sayrea, złożony z trzech opasek przylepcowych. Co do wartości leczniczej, stoi on wyżej, odznaczając się przedewszystkiem prostotą i taniością. Pierwsza z tych trzech opasek, obejmująca w połowie kość ramienną i przechodząca poprzez plecy na przednią powierzchnię klatki piersiowej, ma odciągać ramię w tył, druga, idąca przez łokieć chorej strony poprzecznie na bark zdrowej, podnosić chory bark, wreszcie trzecia opaska służy za mitellę i jednocześnie uciska na miejsce złamania obojczyka. Działanie pierwszej z nich nie jest wystarczające: jedna opaska przylepcowa założona w ten sposób nie jest w stanie działać dokładnie w dwóch kierunkach: odciągać bark w tył i rotować całe ramię na zewnątrz, mając za cały punkt oparcia łatwo przesuwalną skórę na ruchomej klatce piersiowej. Wszystkie zaś razem opaski wywierają znaczny i dla chorych częstokroć nieznośny ucisk skóry i piersi tak, że u osób wrażliwych wywołują wypryski, u kobiet zaś karmiących wprost nie dadzą się zastosować. Nadto przylepiec, szczególnie w porze letniej podczas upałów, nie trzyma dobrze i obsuwa się, trzeba więc założyć na wierzch jeszcze jeden opatrunek, przykrywający go, jak naprzykład zwykle opatrunek Desaulta.

Gdyby przynajmniej opatrunek Sayrea, jakkolwiek połączony z tylu stronami niekorzystnemi, utrzymywał trwale nadane położenie. Tymczasem przeciwnie: pomijając już rozluźnienie zależne od ciągłych ruchów klatki piersiowej, opatrunek ten należałoby zakładać na nowo dla każdej odmiennej pozycyi ciała, gdyż założony w pozycyi siedzącej lub stojącej chorego zwalnia się i rozluźnia w położeniu leżącem. Że wartość działania opatrunku przylepcowego wiele pozostawia do życzenia, przekonywa o tem praktyka. Opatrunek ten dzięki swej prostocie i taniości wszedł dość powszechnie w użycie. Używamy go też od dłuższego czasu stale i w klinice chirurgicznej, gdzie rocznie miewamy w ambulatoryum licząc średnio, koło 10 przypadków złamań obojczyka. Stosuje się go we wszystkich tych przypadkach z dodaniem nadko opatrunku Desaulta i pomimo zakładania nadzwyczaj dokładnego, nie widziałem w ciągu ostatnich pięciu lat ani jednego przypadku z pomiędzy tych, gdzie istniało nieco wybitniejsze przemieszczenie odłamków, wyleczonego zupełnie pomyślnie t. j. tak, aby kość zrosła się równo i gładko.

Już lepiej pomyślany i bardziej odpowiadający celowi, przynajmniej teoretycznie, jest opatrunek Moorea, złożony z długiej opaski płóciennej, która obejmuje ósemkowato łokieć po stronie chorej, dalej odciąga bark w tył i krzyżując się na plecach, związuje się na ramieniu zdrowem; lecz i tu nie wszystkie wskazania są jednakowo dobrze wypełnione. Zresztą opatrunku tego nie widziałem w działaniu i nie stosowałem nigdy w celu leczniczym, doświadczenia przeto w tym względzie własnego nie mam. Za szczęśliwą uważałbym myśli Büngnera zastosowania do leczenia złamań obojczyka opasek elastycznych. Z nich robi on przyrząd, składający się z paska zapinanego, do którego przyszyte są trzy długie opaski, ustawione względem siebie pod kątem. Pasek zakłada się naokoło barku i pachy strony zdrowej, z trzech zaś opasek elastycznych jedna odciąga bark w tył, druga unosi go, trzecia służy za mitellę i jednocześnie przyczynia się do uciskania na miejsce złamania obojczyka. Nie wchodząc w bliższe szczegóły działania tego opatrunku, zwrócić muszę uwagę na jedną jego ważną stronę niekorzystną, rzucającą się w oczy, a mianowicie, iż stanowi on przyrząd specyalny, który należy zawsze mieć w zapasie w kilku wielkościach lub zamawiać za każdym razem u bandażysty, co dla lekarza praktycznego jest prawie niemożliwe.

Wobec tego wszystkiego, pomimo długiego szeregu podanych przyrządów i opatrunków, pomimo zapewnienia Alberta, że pod tym względem *gibt es keine Lorbeeren mehr*, pozwolę sobie podać nowy opatrunek na złamanie obojczyka, który teoretycznie zbliża się do tego ideału działalności dobrego opatrunku a odznaczając się wielką łatwością zastosowania i taniością, być może okaże się pożytecznym i w praktyce.

Cały ten opatrunek składa się ze zwyczajnej opaski elastycznej, jakiej obecnie używamy zwykle, jako węża Esmarcha, długości $1\frac{1}{2}-2\frac{1}{2}$ metrów, stosownie do wzrostu i tuszy chorego. Opaskę tę, po odprowadzeniu odłamków i ustaleniu ich w tem położeniu przez pomocnika, rozpoczy-

namy od wierzchołka zdrowego barku, dalej przez plecy prowadzimy po pod chora pacha na chory bark, ztąd znów przez plecy, krzyżujac się z poprzednia, po pod zdrowa pachą wchodzimy na zdrowy bark, skąd rozpoczęliśmy opasywanie (rodzaj *stella dorsi* fig. I). To stanowi pierwszy

Fig. I.



zwój *(toure)*, mający na celu odciągnięcie ku tyłowi barku a wraz z nim i zewnętrznego odłamka obojczyka. Jednocześnie opaska ta, idąc od chorej pachy przez bark ku zdrowej pasze, uciska na miejsce złamania, przez co utrudnia rozejście się odłamków. Ten sposób odciągania barku ku tyłowi przez działanie na jego wierzchołek uważam za wiele pewniejszy niż odciąganie opaską, przymocowaną w połowie długości ramienia, jako to jest w opatrunku S a y r e a. Z miejsca, gdzie zakończyliśmy pierwszą turę t. j. od wierzchołka barku zdrowego rozpoczynamy d r u g ą, która biegnie ukośnie przez plecy ku połowie ramienia, okrąża to miejsce i obszedłszy jego powierzchnię przednią, zewnętrzną i tylną, wraca na plecy, gdzie kieruje się popod pachę zdrową, ztąd zaś powraca znów na wierzchołek barku zdrowego (fig. II). Pod obie pachy u osób wrażliwych może podłożyć warstwę waty.

Zadaniem tej drugiej tury jest zwrócenie ramienia i barku n a z e w n ą t r z; nadto działa ona pomocniczo dla tury pierwszej t. j. wzmaga jej działanie — odciąganie barku w tył, nadzwyczaj ważne dla zniesienia przemieszczenia i ustalenia odłamków. Czynność obydwóch tych zwojów w opatrunku S a y r e a ma wypełniać jedna tylko pierwsza opaska przylepcowa, z porównania więc sprawności w tym kierunku obydwóch tych opatrunków tem wyraźniej występuje niedostateczność działania opaski przylepcowej S a y r e a.

Pozostaje wypełnienie trzeciego wskazania — podniesienie barku, co da się zrobić tylko przez unoszenie łokcia ku górze. W ten sposób działa większość opatrunków, tylko sposób wykonania jest różny. Mojem zdaniem uniesienie ramienia da się uskutecznić dobrze wtedy tylko, jeżeli siła unoszenia działać będzie na łokieć w kierunku, o ile można, jak najbardziej prostopadłym od dołu ku górze. Tej jednak

Fig. II.



okoliczności zwykle nie uwzględnia się w podanych opatrunkach. U S a y r e a, naprzykład, podobnie jak i u B ü n g n e r a unoszenie uskutecznia się zapomocą opaski, przebiegającej ukośnie od łokcia do wierzchołka barku zdrowego, który służy za punkt oporu. W ten sposób znaczna część siły traci się na przyciąganie ramienia do tułowia zamiast iść na pociąganie ku górze. Dlatego też ja t r z e c i ą t u r ę, mającą to zadanie, rozpoczynam znów od zdrowego barku, idę poprzecznie przez kark na chory bark, ztąd wzdłuż przedniej powierzchni ramienia na dół, obchodzę ósemkowato staw łokciowy i wreszcie ztamtąd przez plecy podnoszę się ku zdrowej pasze i na bark zdrowy (fig. III). Tura ta, przechodząc na barku chorym znów przez miejsce złamania obojczyka, powtórnie przyczynia się do ustalenia odłamków kości.

Na tem kończy się opatrunek; można jeszcze dla podtrzymania dłoni po stronie chorej dodać małą mitellę ze zwykłej opaski miękkiej, obchodzącej naokoło szyi. Założenie opatrunku, jak widzimy, bardzo proste i łatwe, materyału potrzebnego dość można zawsze dostać, zresztą każdy lekarz na prowincyi musi mieć opaskę Esmarcha, bez której nie rusza się, wezwany do przypadku jakiegokolwiek uszkodzenia.

Co się zaś tyczy sprawności tego opatrunku, to wypełnia on wszystkie te zasadnicze wskazania lecznicze tak dokładnie, jak chyba żaden z używanych obecnie opatrun-

ków na złamanie obojczyka (fig. IV). Za zaletę jego poczytywać należy i to, że można go zakładać nie koniecznie na gołe ciało, lecz zarówno dobrze na koszulę lub trykot a po jakimś czasie, po upływie mniej więcej 10 dni, można za-

Fig. III.



kładać go na ubranie zewnętrzne, zdejmując nawet na noc jeżeli *callus* wytworzył się o tyle, że już nie potrzeba obawiać się przesunięcia odłamków. Jestto znaczna ulga dla chorych, którzy w obecnych opatrunkach skrępowani na kilka tygodni, są kalekami, niezdolnemi nawet do ubierania się. Nasuwa się tu jeden zarzut, dotyczący jednak tylko strony technicznej założenia opatrunku: czy ucisk, wywierany opaską elastyczną nie jest dla chorego zbyt przykry, bolesny a nawet niebezpieczny przez wywołanie groźnych zaburzeń w krążeniu. Zarzut ten w zasadzie zupełnie słuszny, z równą jednak słusznością może być stosowany do wszystkich opatrunków opaskowych, na odparcie zaś jego, jedna jest odpowiedź, iż trzeba zakładać opaskę dobrze, t. j. nie za mocno i nie za słabo. Pod tym względem opatrunek z opasek elastycznych ma tę wielką zaletą, że założony nawet lekko, o tyle tylko, aby opaski pozostawały w lekkiem zupełnie napięciu, będzie działał wyciągająco ciągle, bez przerwy, nawet niezależnie od zmiany położenia chorego. Przeciwnie zaś inne opaski nieelastyczne, przedewszystkiem zaś te zasadniczo wadliwe, które przytwierdzają się do klatki piersiowej, albo, ażeby jako tako ustalać odłamki, muszą być założone bardzo mocno, a wtedy są naprawdę nie do zniesienia dla chorego, albo założone są lżej, nie krępują ruchów oddechowych i nie odgniatają skóry, a wtedy ich działanie ustalające jest złudzeniem, jak to widzimy we wszystkich obecnie używanych opatrunkach.

Rzecz prosta, wydać sąd stanowczy o wartości każdego nowego opatrunku można dopiero po dokładnem wypróbowaniu go na szeregu przypadków chorobowych, czego ja nie miałem jeszcze możności uczynić; sądzę jednak, że opatrunek, podany przezemnie, teoretycznie obmyślany zupełnie prawidłowo i wypełniający każde z wskazań leczniczych do-

Fig. IV.



kładniej, niż którykolwiek z używanych obecnie, nadto odznaczający się wielką łatwością w zastosowaniu, zasługuje na podanie do wypróbowania szerszemu kołu lekarzy.

II. Z oddziału ocznego prymaryusza Dra Macheka we Lwowie.

O operacyjnem leczeniu jaglicy *(trachoma)*.

Skreślił

Dr. Adam Szulisławski,

sekundaryusz oddziału ocznego w szpitalu powsz. we Lwowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 11).

Jako korzyści tego sposobu postępowania, podaje Sattler: po pierwsze, znakomite skrócenie czasu leczenia; powtóre, zapobieganie nawrotom; po trzecie, nader widoczny korzystny wpływ na istniejące równocześnie sprawy w rogówce; po czwarte, brak jakiegokolwiek szkodliwego działania na ustawienie powiek a wreszcie po piąte, że operacya ta usuwa tylko produkta jaglicze, oszczędzając resztę spojówki, w czem niezaprzeczoną ma wyższość nad poprzednią. Przewyższa ją także, według Sattlera, zakresem wskazań, gdyż począwszy od najlżejszych przypadków, gdzie cierpienie stanowi tylko ziarn kilkanaście, aż do najcięższych nawet w okresie zbliznowacenia, jeśli tylko ziarna są, można ją z pożytkiem stosować.

Po raz pierwszy widziałem tę operacyę wykonaną w klinice prof. Fuchsa i z kilkunastu przypadków tam obser-

wowanych mogłem nabrać przekonania, że podania Sattlera nie są bynajmniej przesadzone. Przemilczeć atoli nie mogę, co zresztą łatwo wyobrazić sobie można, że postępowanie to jest nader żmudne, wyszukiwanie ziarn, przy mniej lub więcej obfitem krwawieniu i łyżeczkowanie każdego ziarna z osobna, nadzwyczaj nużące, operacya dość długo się przeciąga a po ukończeniu jej nigdy właściwie nie możemy być pewni, czyśmy wszystko usunęli. Naturalnie, że nie ma tych niedogodności w przypadkach, gdzie mamy do czynienia z naciekiem jagliczym spojówki, gdyż tu wystarczy kilka szerszych nieco nacięć, poczem masy treści ziarninowej rozpadłej i w znacznej części tłuszczowo przeobrażonej ustępują już pod wpływem lekkiego ucisku z łatwością tak, że często użycie łyżeczki staje się zbytecznem.

O ile skomplikowanym jest dopiero co opisany sposób mechanicznego usuwania ziarn jagliczych, o tyle prostem i łatwem w zastosowaniu jest ich wygniatanie. Pierwszym, któremu należy się zasługa podniesienia tej myśli, jest Mandelstamm[18]). Atoli dopiero Hotz, wystąpieniem swojem wywołał nieco większe zajęcie się tą metodą i powszechną skierował na nią uwagę. Następnie gorąco ją poleca Wicherkiewicz, Noyes, Jaesche, Knapp i wielu innych. Pierwowzorem tego postępowania jest najprostsze wygniatanie za pomocą paznogci wielkich palców. Po kilkakrotnem zapuszczeniu 5% roztworu kokainy i obmyciu spojówki sublimatem 1:5000, polecamy choremu patrzeć mocno ku dołowi, następnie w zwykły sposób odwijamy powiekę górną, starając się przedewszystkiem o to, aby załamek odsłonić dokładnie i w całej jego rozciągłości. Następnie utrzymując w tem położeniu powiekę i załamek przez ucisk, jaki wykonywamy palcem lewej ręki, wprowadzamy prawy kciuk głęboko pod załamek, ile możności jak najwyżej i zwróciwszy teraz powierzchnie obu paznogci ku sobie, uciskamy wedle potrzeby, mniej lub więcej mocno, posuwając się równocześnie ku dołowi. Pod tym naciskiem nadzwyczaj łatwo pęka osłonka ziarn a treść ich wydobywa się obficie na zewnątrz. Czynność tę powtarzamy kilkakrotnie, starając się poddać uciskowi wszystkie miejsca dla paznogci dostępne. Trudniej nieco a raczej nieporęczniej wygniatać w ten sposób ziarna na spojówce powieki dolnej, jednak przy jakiej takiej wprawie da się to zrobić zupełnie dobrze. Jeśli zgrubiały załamek ułożył się w kilka podłużnych fałdów, chwytamy je z osobna, wygniatamy a następnie układamy palce prawej ręki na skórze powieki, lewym zaś od góry ugniatając spojówkę, postępujemy jak na górnej powiece. Naturalnie, że miejsca dla paznogci niedostępne jak kąciki (zwłaszcza zewnętrzny) i fałd półksiężycowy pozostają nietknięte, atoli tkwiące tam ziarna wygniatamy albo za pomocą szczypczyków rzęsowych, które każdy ma pod ręką, lub też jak to Hotz robił, za pomocą mocniejszych i większych nieco szczypczyków tęczówkowych o szerokiem wygięciu i prążkowanych ramionach, bardzo także przydatnych do wygniatania ziarn na dolnej powiece. Zresztą pozostawienie tu i owdzie ziarna, nie jest jeszcze żadnem nieszczęściem, gdyż, jak to już wyżej zaznaczyliśmy, po usunięciu znacznej ilości jagiełek, pozostałe ulegają pod wpływem następowego leczenia, bardzo łatwo wessaniu i znikają. Ponieważ dla wielu zwolenników wygniatania ziarn jaglicowych, sposób wyżej podany, wydawał się „za mało chirurgicznym“, zrodziło się więc wiele narzędzi ułatwiających ten zabieg. Noyes używa szczypczyków z dwiema płytkami wąskiemi stojącemi prostopadle na końcach ramion, któremi chwyta spojówkę i wygniata. Himly w tym samym celu zbudował szczypczyki okienkowe, które również celowi odpowiadają a które gorąco zaleca Jaesche[19]). Tenże nie ogranicza się do samego wyciśnięcia ziarn, lecz radzi, w razie znaczniejszego przerostu i sfałdowania załamków, wycinać najwięcej wybujałe fałdy nożyczkami. Najwięcej jednak i zasłużonego rozgłosu zyskały sobie szczypczyki walcowe Knappa[20]) *(Rollzange)*. Obydwa ich ramiona rozdzielają się w kształcie podkowy, której podstawę tworzy stalowy walec, osadzony na sztyfcikach w ramionach bocznych tak, że całość wygląda jak strzemię. Jeśli ten przyrząd jest dokładnie wykonany, powinny walce obracać się lekko i gładko przy posuwaniu ich na podstawie. Długość walca wynosi 20—25 mm., grubość jego 1—$1^1/_2$ mm. Użycie przyrządu jest nader proste. Po odwinięciu powieki i załamka za pomocą zwykłych szczypczyków, wprowadza się jedno ramię pod załamek, drugie układa się na wywiniętą część spojówki chrząstkowej, następnie ściska się ramiona szczypczyków i pociąga ku przodowi, przyczem walce w ruch wprawione miażdżą ziarna a treść ich na zewnątrz się wydziela. Podobnie postępuje się na powiece dolnej. Szczypczyki te mają tę szczególnie wyższość ponad innymi tego rodzaju przyrządami, że łagodniej się obchodzą z tkanką, która się w ich ramiona dostała i nie strzępią jej niepotrzebnie. Mimo, że użycie tego przyrządu jest i łatwe i dość wygodne, nie posługuję się nim obecnie, lecz za przykładem prof. Wicherkiewicza wygniatam ziarna paznogciami, po pierwsze dlatego, że ten sposób jest jeszcze prostszym i łatwiejszym w wykonaniu, powtóre, że przy pewnej wprawie czynność wygniatania da się zrobić z równą dokładnością, po trzecie, że oszczędzam pacyentowi widoku instrumentu, którego niemal każdy z nich się boi; wzgląd, którego także lekceważyć nie można, gdyż zdarzało się niejednokrotnie, że chory na widok instrumentu, mimo przedstawień, zrzekał się korzyści operacyi i wcale jej wykonać nie pozwolił.

Bez względu na to, czy posługujemy się do wygniatania paznogciami, czy jakiemkolwiekbądź narzędziem, zawsze operacya ta jest nadzwyczaj bolesną, nawet po bardzo energicznem poprzedniem wkraplaniu kokainy. Dlatego też korzystnem jest w ciężkich przypadkach, jeśli to możliwe, użyć narkozy chloroformowej, zwłaszcza u osób nerwowych i bardzo wrażliwych, albo, co jeszcze lepiej, narkozy bromkiem etylu, o ile, że krótkie jej trwanie często zupełnie wystarczy do dokładnego wykonania operacyi. Przyznać jednak muszę, że bardzo rzadko znajdowaliśmy się w położeniu użycia tego środka.

Bolesność połączona z tym rękoczynem, n. b. krótko, bo kilka minut tylko trwająca, jest, być może jedyną niekorzystną stroną tego sposobu postępowania; sowicie zaś wynagradza ją natychmiastowa niemal poprawa, którą każdy pacyent doskonale odczuwa.

Krwawienie podczas i po operacyi bywa zazwyczaj stosunkowo nieznacznem, korzystnem jest atoli podtrzymywać

[18]) Archiv. Graefe 1883.

[19]) Arch. f. Ah. Knapp. XXIV. 1891

[20]) Arch. f. Ah. Knapp. XXV. 1892.

je przez kilka minut. Następnie należy opłukać pole operacyjne sublimatem 1:1000 lub też, co lepsze, oczyścić je pęczkiem waty zmaczanym w takimże roczynie sublimatu. Po półgodzinnym odpoczynku może pacyent, bez obcej pomocy, odejść do domu. Nawet w bardzo ciężkich przypadkach (rozumie się bez głębokich wrzodów rogówkowych), gdzieśmy byli zmuszeni wykonać z całą bezwzględnością ten proceder, nie było bezwarunkowej konieczności do leczenia klinicznego. W domu polecamy choremu przemywać oczy często lekkim roczynem sublimatu (1:5000) i stosować okłady lodowe dopóty, dopóki mu sprawiają ulgę i przyjemność. Odczyn pooperacyjny bywa zazwyczaj, w stosunku do zabiegu, bardzo nieznaczny, w wyjątkowych tylko i rzadkich przypadkach spotykamy się z większem obrzmieniem powiek i zaczerwienieniem, czasem podbiegnięciem krwawem, co atoli rychło mija pod zimnymi okładami i zmywaniami. Prawdziwie białym krukiem jest wystąpienie światłowstrętu i łzawienia. Obrzmienie powiek dopóty zwykło się utrzymawać, dopóki ranna powierzchnia pokrywa się z dnia na dzień szarawym, błonkowatym nalotem, po którego usunięciu następuje lekkie krwawienie. Trwa to nie dłużej jak dni kilka. W tym czasie ograniczamy się do lekkiego zmywania spojówek wacikiem zwilżonym sublimatem 1:1000, lub jeśli to choremu dotkliwe sprawia pieczenie, używamy w tym celu sublimatu 1:5000 lub nawet 1:10000.

Zanim przejdziemy do opisu dalszego leczenia, wspomnimy już w tem miejscu krótko, że jakiekolwiek powikłania ze strony rogówki nie stanowią bynajmniej przeciwwskazania do tego rękoczynu, lecz owszem, czynią go tem pożądańszym. Wyjątek stanowią głębokie wrzody rogówkowe, grożące przebiciem.

Skorośmy już w ten sposób pozbyli się wszystkich powierzchownie ułożonych (a więc widocznych) ziarn i nacieków a oko uspokoiło się po zabiegu operacyjnym, nie uważamy jeszcze sprawy za skończoną, lecz staramy się przerost spojówki istniejący w znacznie przeważającej liczbie przypadków a zawsze nieżyt jej usunąć, równocześnie zaś w przypadkach, gdzie choroba głębokie zapuściła korzenie, skutecznie zadziałać na przyspieszenie wessania ziarn i nacieków, w warstwie podspojówkowej i chrząstce a więc niewidocznych i bezpośredniemu leczeniu niedostępnych. Najłatwiej, według naszego mniemania, zadość uczynić tym wszystkim wskazaniom przez wycieranie (masowanie) spojówek za pomocą wacika zwilżonego sublimatem. W ostatnich kilku latach znalazło postępowanie to wielu zwolenników a pochwały oddawane mu, okazują się w użyciu jako zupełnie uzasadnione. Hippel[21]) przypisujący słusznie prawo autorstwa tej metody braciom Keiningom, stosował ją w 3000 przypadkach i osięgnął bardzo dobre wyniki. Używa sublimatu 1:2000. W znacznej liczbie przypadków nakłuwał nadto i wyciskał ziarna. Bock[22]) zwraca uwagę szczególniej na skuteczność tego środka w przypadkach powikłanych z cierpieniami rogówki, zwłaszcza tam, gdzie azotan srebrowy i siarkan miedziowy okazał się bezsilnym. Stosuje on wedle potrzeby roczyny 1:5000, 1:1000, 1:500. Cranisseau[23]) opisując epidemię jaglicy w armii rumuńskiej, podaje jako najskuteczniejszy sposób leczenia, *massage* wacikiem sublimatowym (to jest zamaczanym w sublimacie), w połączeniu z poprzedniem wypalaniem ziarn za pomocą galwanokauteru. Marczel Falta[24]) sporządził nawet osobny przyrząd, aby sobie ułatwić trzymanie wacika i módz wygodnie wycierać wszelkie zaułki worka spojówkowego. Są to zwyczajne szczypczyki zasuwkowe, których ramiona rozszerzają się na końcach talerzykowato. W jednem z nich wycięty jest owalny otwór, przez który wacik chwycony między talerzyki, wypukła się na zewnątrz.

(Dokończenie nastąpi).

[21]) Jahresbericht prof. Michel. Tübingen 1892.
[22]) W. klin. Wochenschrift 1891. Nr. 37—39.
[23]) Klin. Monatsblatt f. Ah. 1892. Beilagsheft p. 183.
[24]) Centralblatt f. Ah. 1893. October.

III. Z oddziału położniczo-ginekologicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Cukier jako środek wzmacniający bóle porodowe.

Napisał
Dr. Franciszek Kośmiński,
sekundaryusz oddziału.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 11).

5) K. K., lat 34. Nr. prot. 248. Ciąża VII., miesiąc księżycowy X. Położenie płodu czaszkowe I. Dosyć znaczna ilość wód płodowych. Tętno płodu po stronie lewej słabo słyszalne. W moczu białka ani cukru nie ma.

Pierwsze bóle 16. Maja wieczorem. 17. Maja rano przy ujściu na koronę, główce nieustalonej odpłynęły wody płodowe, bóle słabe. O godz. 10. przed południem podano 100 grm. cukru, w pół godziny wystąpiły nieco tylko silniejsze bóle, o godz. 12. w południe podano 100 grm. cukru, bóle jeszcze silniejsze, silnych jednak bólów nie było. O godz. 3. popołudniu ujście było już prawie zupełnie rozwarte, główka we wchodzie, bóle znacznie słabsze, niż przedtem, podano zatem jeszcze raz 100 grm. cukru, bóle wzmogły się i o godz. 5½ wieczór powiła córkę żywą, donoszoną. Dnia 18. Kwietnia badanie moczu wykazuje cukru ślad, dnia 19. Kwietnia w moczu cukru ani białka nie znaleziono. Połóg prawidłowy.

6) Z. S., lat 28. Nr. prot. 298. Ciąża I., miesiąc księżycowy X. Położenie płodu czaszkowe I. ustalone. W moczu białka ślad, cukru nie ma.

Pierwsze bóle 6. Czerwca rano. Badanie 7. Czerwca rano wykazało, część pochwową zupełnie zanikłą, ujście na koniec palca, bóle bardzo słabe. Do godz. 12. w południe poród nie nie postąpił, podano zatem 75 grm. cukru, w pół godziny później wystąpiły bóle silniejsze, o godz. 1. w południe podano znów 75 grm. cukru, bóle wzmogły się jeszcze więcej, poród postępował dość szybko i o godz. 7. wieczór urodziła córkę żywą. Badanie moczu z d. 8. Kwietnia wykazuje białka ślad i cukru dobry ślad. Dnia 9. Kwietnia w moczu cukru ani białka nie znaleziono. Połóg prawidłowy.

7) M. W., lat 29. Nr. prot. 304. Ciąża II. Brzuch bardzo znacznie wypuklony, macica sięga dnem do wyrostka mieczykowatego mostka, badaniem zewnętrznem dadzą się wykazać trzy ciała duże, twardawe w jamie macicy, przypuszczano ciążę bliźniaczą. W moczu białka ślad, cukru nie ma.

Pierwsze bóle 14. Czerwca wieczór. Dnia 15. Czerwca wieczorem ujście na srebrny reński rozwarte, bóle słabe, rzadkie. Dnia 16. Czerwca rano ujście zewnętrzne również na srebrny reński, sklepienia próżne, nad wchodem balotuje ciało twardsze, odpowiadające główce płodu, bólów nie ma. Dnia 16. Czerwca o godz. 11. przed południem podano rodzącej 75 grm. cukru, bóle nie wystąpiły silniejsze, o godz. 1. w południe podano 75 grm. cukru, poczem wystąpiły nieco silniejsze bóle. O godz. 3. po południu podano 75 grm. a o godz. 4. po południu jeszcze raz 75 grm. cukru. Wy-

stąpiły bóle silne a częste, o godz. 6. wieczór urodziła córkę w położeniu czaszkowem I, w kilka minut później zaś urodziła syna w położeniu miednicowem II. Macica kurczyła się bardzo dobrze, w 10 minut po porodzie odszedł popłód. Dnia 17 Czerwca w moczu białka i cukru dobry ślad. Dnia 18. Czerwca w moczu białka nie znaleziono, cukru ślad. Dnia 19. Czerwca badanie moczu nie wykazało ani cukru ani białka. Połóg prawidłowy.

8) E. T., lat 20. Nr. prot. 322. Ciąża II. miesiąc księżycowy X. Położenie płodu czaszkowe II. W moczu białka ani cukru nie ma.

Pierwsze bóle 3. Lipca w nocy. Rano dnia 4. Lipca badanie wykazało: część pochwowa nie zupełnie jeszcze zanikła, szyja wygodnie przepuszcza palec, bóle bardzo słabe. Wieczorem 4. Lipca stan ten sam: poród nie nie postąpił, bólów prawie żadnych nie ma, dlatego o godz. 8. wieczór podano 50 grm. cukru, o godz 9. wieczór znów 50 grm., o godz. 10. jeszcze raz 50 grm., poczem wystąpiły bóle nieco silniejsze. O godz. 11. w nocy wykazało badanie część pochwową zupełnie zanikła, ujście na srebrny reński, podano rodzącej 50 grm. cukru a o godz. 12 w nocy jeszcze raz 50 grm. cukru. Bóle wystąpiły znacznie silniejsze, jednak bardzo silnych i częstych bólów rodząca nie miała; badanie 5. Lipca o godz. 2. w nocy wykazało, iż ujście jest prawie zupełnie rozwarte, główka we wchodzie, bóle jednak osłabły znacznie na nowo. Cukru więcej nie podawano rodzącej, bóle pozostały słabe do końca porodu, który się przeciągnął do godz. 8½ rano dnia 5. Lipca. Płód płci męskiej donoszony, żywy. Dnia 5. Lipca rano wykazano w moczu cukier. Dnia 6. Lipca badanie moczu nie wykazało ani białka ani cukru. Połóg prawidłowy.

9) M. R., lat 34. Nr. prot. 376. Ciąża IV. miesiąc księżycowy X. Położenie płodu czaszkowe II. W moczu białka ani cukru nie wykazano.

Pierwsze bóle 29. Lipca w nocy. Dnia 29. Lipca o godz 9-tej rano, część pochwowa zanikła, ujście na koronę, bóle ustały prawie zupełnie Przez cały dzień 29. Lipca bólów rodząca nie miała. Dnia 30. Lipca o godz. 9. rano, ujście na koronę tak, jak dnia poprzedniego, główka ruchoma nad wchodem, o godz. 9. rano podano rodzącej 100 grm. cukru, w pół godziny wystąpiły bóle silniejsze. O godz. 12. w południe ujście było już całkiem rozwarte, główka we wchodzie ustalona, podano jeszcze 50 grm. cukru, bóle wzmogły się jeszcze bardziej, o godz. 4. po południu urodziła się córka żywa, donoszona Badanie moczu w dniu 31. Lipca nie wykazało ani białka ani cukru. Połóg prawidłowy.

10) A. K., lat 37. Nr. prot. 390. Ciąża IV. miesiąc księżycowy X. Położenie płodu czaszkowe I. W moczu białka ani cukru nie ma.

Pierwsze bóle 2. Sierpnia po południu. 3. Sierpnia rano wykazało badanie część pochwową zanikła, ujście na srebrny reński rozwarte, główka nad wchodem, bóle rzadko występujące i bardzo słabe, dlatego o godz. 9. rano podano rodzącej 75 grm. cukru a o godz 11. przed południem jeszcze raz 75 grm., poczem wystąpiły bóle silniejsze często po sobie następujące; poród o godz. 1½ po południu. Córka żywa, donoszona. Dnia 4. Lipca w moczu cukru ślad, białka nie ma. 5. i 6. Lipca w moczu cukru ślad. 7. Lipca w moczu nie wykazano cukru. Połóg prawidłowy.

11) M. Z., lat 24. Nr. prot. 382. Ciąża II., miesiąc księżycowy X. Położenie płodu czaszkowe II. W moczu białka ani cukru nie ma.

Pierwsze bóle 8. Września wieczór. Dnia 9. Września rano główka płodu we wchodzie ustalona, część pochwowa zanikła, ujście na srebrny reński, bóle bardzo słabe. Dnia 9. Września wieczorem stan tan sam co rano, dlatego o godz. 9. wieczór podano 75 grm. cukru, o godz. 10. wieczór jeszcze 75 grm.; wystąpiły bóle silniejsze i częstsze, o godz. 11. podano jeszcze raz 75 grm. cukru, wystąpiły bóle silne, częste, długo trwające, poród szybko postępował i dnia 10. Września o godz. 3. w nocy urodził się syn żywy, ważący około 4000 grm. 10. Września w moczu białka nie znaleziono, cukru ślad. 11. Września w moczu cukru nie wykazano. Połóg prawidłowy.

12) K. P., lat 28. Nr. prot. 535. Ciąża I. miesiąc księżycowy X. Położenie czaszkowe II. ustalone. W moczu białka ślad, cukru nie ma.

Pierwsze bóle 12. Listopada rano, wieczór część pochwowa zupełnie zanikła, ujście na centa, główka w próżni miednicy. Przez cały dzień 13. Listopada bólów rodząca nie miała, poród nie postąpił nie, badanie w dniu 13. wieczorem wykazało stan ten sam jak dnia poprzedniego. 13. Listopada wieczorem o godz. 8. podano rodzącej 75 grm. cukru, wystąpiły słabe bóle, o godz. 9½ podano 50 grm. a o godz. 11½ w nocy jeszcze raz 50 grm. cukru. Wystąpiły bóle silne i wydatne, o godz. 2. w nocy pęcherz pękł a o godz. 4. rano 14. Listopada urodziła syna żywego, donoszonego. W dniu 14. Listopada wykazano w moczu cukier. 15. Listopada badanie moczu nie wykazało ani cukru ani białka. Połóg prawidłowy.

13) M. L., lat 24. Nr. prot. 534. Ciąża I. miesiąc księżycowy X. Położenie płodu czaszkowe I. ustalone, główka w próżni miednicy. W moczu białka ani cukru nie ma.

Pierwsze bóle 11. Listopada rano, część pochwowa prawie zanikła, przez cały dzień 11. i 12. Listopada zaledwie kilka bólów słabych. 13. Listopada w południe podano 50 grm., wieczorem znów 50 grm. cukru bez znaczniejszego skutku, bóle nie wzmogły się wcale. Badanie 14. Listopada rano wykazało stan ten sam, co w d. 11. Listopada; o godzinie 8. rano podano 75 grm. cukru, o 11. przed południem jeszcze raz 75 grm., poczem wystąpiły nie bardzo silne, lecz częste bóle, o godz. 2. po południu ujście rozwarte na cent, podano rodzącej 75 grm. cukru, poczem około 3. godz. po południu wystąpiły bardzo silne i wydatne bóle. O godz. 4. po południu podano jeszcze 75 grm. cukru, o godz. 6. wieczór ujście prawie na srebrny reński a o godz. 9. wieczór ujście zupełnie rozwarte. Poród 14. Listopada o godz. 10½ w nocy. Syn żywy, donoszony. W dniu 15. Listopada badanie moczu białka nie wykazało, cukru zaś sporo. Dnia 16. Listopada wykazano w moczu cukier. 17. Listopada zaś w moczu ani cukru ani białka nie wykazano. Połóg prawidłowy.

14) J. K., lat 27. Nr. prot. 536. Ciąża II. miesiąc księżycowy X. Położenie płodu czaszkowe I. W moczu białka ani cukru nie wykazano.

Pierwsze bóle 22. Listopada rano, badanie o godz. 11. przed południem wykazało część pochwową niezupełnie zanikłą, szyja wygodnie przepuszcza palec. O godz. 6. wieczór stan prawie taki sam jak przed południem, bóle bardzo rzadkie i słabe, dlatego podano 75 grm. cukru a o godzinie 7½ jeszcze raz 75 grm., poczem wystąpiły bóle silne i wydatne tak, że przed godziną 8. ujście było już na talara. O godz. 8½ podano rodzącej 100 grm. cukru, wystąpiły bóle bardzo silne i długo trwające, o godz. 9½ wieczór zaś urodziła syna żywego, donoszonego. Dnia 23. Listopada w moczu białka nie wykazano, cukru tylko ślad. 24. Listopada w moczu białka ani cukru nie znaleziono. Połóg prawidłowy.

Z zebranych krótko powyżej opisanych doświadczeń widzimy, że podawano cukier w celu wzmocnienia bólów w pierwszym okresie porodowym czterem pierwiastkom i dziesięciu wieloródkom.

Z tych czterech pierwiastek u pierwszej (przypadek pierwszy) rozpoczęto podawać cukier przy ujściu rozwartem na groszek, ogółem podano jej 100 grm. cukru, poród nastąpił w 4 godziny po podaniu pierwszej dawki. U drugiej (przypadek szósty) rozpoczęto podawać cukier przy ujściu na centa, ogółem podano 150 grm., poród w 7 godzin po pierwszej dawce. U trzeciej (przypadek dwunasty) rozpoczęto doświadczenie przy ujściu na centa, ogółem podano

200 grm. cukru, poród w 8 godzin po podaniu pierwszej dawki. U czwartej (przypadek trzynasty) po podaniu 100 grm. cukru jednego dnia żadnego działania nie spostrzeżono, drugiego dnia rozpoczęto podawać cukier przy ujściu na groszek, ogółem podano 300 grm. poród w 14 godzin po rozpoczęciu doświadczenia po raz drugi. Z tego wynika, iż zwiększenie się bólów porodowych nie zależy od ilości podanej dawki cukru, lecz raczej przypuścić musimy, iż różne osoby są rozmaicie wrażliwe na działanie cukru. To samo odnosi się i do wieloródek. I tak po 300 grm. cukru podano w przypadkach 3-cim, 5-tym i 7-mym, po 250 grm. podano w 8-mym i 14-tym, 225 grm. w przypadku 11-tym, po 150 grm. w 2-gim, 9-tym i 10-tym, 100 grm. zaś podano w przypadku 4-tym. Gdy najprędzej, bo za godzinę po podaniu cukru nastąpił poród w przypadku 4-tym, za 3 godziny po podaniu pierwszej dawki w przypadku 2-gim i 14-tym, w 4 godziny w przypadku 10-tym, w 6 godzin w 11-tym, w 7 godzin w przypadkach 3-cim, 5-tym, 7-mym i 9-tym, w 12 godzin zaś po 1-szej dawce w przyp. 8-mym.

Pierwszy okres porodu przygotowawczy trwa zazwyczaj średnio około 18—20-tu godzin u pierwiastek a 10—14-tu godzin u wieloródek. Okres zaś drugi trwa około 2 godziny u pierwiastek a godzinę u wieloródek. Poród zatem u pierwiastek trwa zazwyczaj około 20—22 godzin a 11—15-tu godzin u wieloródek. Niektórzy zaś autorowie jak Fournel (*Anomalies de la force expultrice. Union. méd.* 1889. 19. Marca) przyjmują średnio czas trwania porodu na 24 godzin u wieloródek a 30 godzin u pierwiastek a więc znacznie dłuższy przeciąg czasu. Tymczasem po podaniu cukru u osób rodzących z bólami słabymi, okres pierwszy i drugi razem trwał prawie we wszystkich naszych przypadkach (z wyjątkiem w przypadku 8-mym i 13 tym) znacznie krócej, bo u pierwiastek od 4—8-miu godzin, u wieloródek zaś od 3—7-miu godzin. Ponieważ jednak doświadczenia nasze rozpoczynaliśmy, gdy czynność porodowa już była w toku, już się rozpoczęła, należy zatem do powyż pddanej ilości godzin w naszych przypadkach doliczyć jeszcze pewną liczbę godzin na czas od samego początku porodu aż do rozpoczęcia doświadczenia. Chcąc być ostrożnym przyjmuję, iż od samego początku porodu aż do rozpoczęcia doświadczenia, przy podawaniu cukru upłynęłoby dwa razy tyle czasu, co od rozpoczęcia doświadczenia aż do ukończenia porodu w danym przypadku. W ten sposób licząc wypada, iż poród przy podawaniu cukru u osób rodzących z bólami słabymi trwałby według naszych doświadczeń od 12 do 24 godzin a więc średnio 18 godzin u pierwiastek a 9 do 21 godzin, to jest średnio 15 godzin u wieloródek a więc w żadnym razie nie dłużej, aniżeli podają podręczniki przy prawidłowych bólach porodowych. Jeżeli zaś podawanie cukru osobom rodzącym z bólami słabymi, u których poród zawsze się przeciąga, skraca czas trwania porodu, to dziać się to może tylko skutkiem zwiększenia się, wzmocnienia bólów porodowych. Na podstawie zatem naszych doświadczeń możemy twierdzić, iż podawanie osobom rodzącym większych (100 do 300 grm.) ilości cukru wzmacnia bóle porodowe i to przynajmniej w przeważnej liczbie przypadków. Powszechnie znaną jest rzeczą, iż prawie zawsze u osób rodzących z bólami słabymi po pewnym dłuższym lub krótszym czasie, występują bóle silniejsze a więc bóle zwiększają się samoistnie i w większej liczbie przypadków osoby takie rodzą same bez użycia jakichkolwiek środków wzmacniających bóle. Mógłby kto zatem powiedzieć, iż w naszych przypadkach nie cukier wzmocnił bóle porodowe, lecz że w czasie tym miały bóle porodowe samoistnie się zwiększyć i wzmocniły się tak, jak to często bywa. Otóż gdybyśmy na podstawie jednego lub dwu doświadczeń wysnuwali wnioski, to możnaby rzeczywiście przypuścić, iż rozpoczynając doświadczenie, trafiliśmy przypadkiem właśnie na czas, w którym bóle miały samoistnie się zwiększyć i że czas podania cukru osobie rodzącej zeszedł się tylko z chwilą zwiększenia się bólów. Trudno jednakże przypuścić, iżbyśmy na czternaście doświadczeń we wszystkich prawie natrafiali tak szczęśliwie na tę chwilę, w którejby bóle porodowe miały się samoistnie zwiększyć i dlatego moim zdaniem ten zarzut stanowczo odpada.

Poważniejszy jednak zarzut mógłby nas spotkać a mianowicie, że po podaniu większych ilości cukru bardzo często występuje glikosurya, do której osoby rodzące i położnice są nadzwyczaj skłonne. Otóż z doświadczeń naszych wynika, że rzeczywiście po podaniu nawet niezbyt wielkich ilości cukru (150 do 300 grm.) wystąpić może glikosurya kilka dni nawet trwająca, (przypadek 10-ty, 3-ci, 7-my i 5-ty) jednak powyższe doświadczenia pouczają nas zarazem, iż glikosurya ta przemija w zupełności bez śladu, bez widocznej szkody dla zdrowia matki i płodu. Być może, iż w ten sposób powstała glikosurya u osób z cierpieniem nerek, serca lub w ogóle u osób ze zaburzeniami w krążeniu krwi i z upośledzeniem przemiany materyi mogłaby się dłużej utrzymywać a nawet niekorzystnie wpłynąć na stan ogólny i dlatego sądzę, iż podawanie cukru w większych ilościach należałoby ograniczyć tylko do osób, u których znaczniejszych zmian w narządach wewnętrznych wykazać nie można tak, jak to uczyniono w powyższych doświadczeniach.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV.

Otrzymujemy następujące pisma:

Szanowny Redaktorze!

Uprzejmie proszę o łaskawe zamieszczenie tych kilku słów odpowiedzi na list Dra Kleckiego, ogłoszony w numerze 8-mym *Przeglądu lekarskiego*.

„Wyświetlanie rzeczywistego stanu rzeczy, które autor listu „uważa sobie za obowiązek“, jest zadaniem ładnem, spełnienie jego jednak jest możliwe o tyle tylko, o ile może polegać na wynikach ścisłych badań, ale nie twierdzeń bez dowodów. Kto „oświadcza“, że szczegóły na dokładnych badaniach i wyliczeniach oparte, „nie są zgodne z rzeczywistością“, powinien takie oświadczenia poprzeć własnemi doświadczeniami, t. j. podaniem szczegółowem ich wyników w liczbach. Przeczenie zaś na zasadzie tylko wiadomości „ze słyszenia“, nie stanowi chyba dowodu przekonywającego, z którym należałoby się liczyć poważnie. Gdyby Dr. Klecki wczytał się w mój artykuł a nie dyskretnie „nie wchodził“ w jego przyczyny, zauważyłby może, że w różnych seryach doświadczeń moich powtarzają się zawsze te same empirycznie uzyskane szczegóły i wtedy zastanowiłby się może nad tem, że nie może być rzeczą przypadkową taka prawidłowość liczb otrzymanych na różnych drogach. W nadziei, że Dr. Klecki jeszcze to zrobi, nie będę tu powtarzał swoich bardzo prostych obliczeń. Powtarzam tylko, iż wynika z nich, że siła posiadanej prze-

zemnie a otrzymanej w Paryżu surowicy = 60 J. I. Nie wątpię, że inna surowica mogła by być inną. Słyszałem w Paryżu, że miewają tam czasem surowicę = $^1/_{100000}$. Taka powinna by dać, przy określaniu sposobem niemieckim, liczbę około 120 J. I. Ale taka surowica, jaką ja posiadałem, t. j. o sile $^1/_{50000}$ w nomenklaturze francuskiej, zawiera około 60-ciu jedności imunizacyjnych według terminologii niemieckiej. Wynika to jasno z ogłoszonych przezemnie doświadczeń, które prowadziłem w pracowni publicznie i *lege artis*, w których więc pomyłka grubsza jest niemożliwa. Tu zaznaczę, że określenia w rodzaju **133** lub **135** muszą się każdemu, kto te doświadczenia rozumie i robił, wydać bardzo dziwnemi; wahania bowiem w granicach 10 nawet nieraz wcale uchwycić się nie dadzą. Obawiam się więc, że Dr. Klecki rzecz tę dosłyszał niedokładnie.

Jeszcze jeden szczegół. Dr. Klecki pisze, że Roux określił jako dawkę minimalną leczniczą 1200 J. I. Ale Dr. Klecki zapewne nie słyszał, że na objętość najmniejszą ilością surowicy, jaką w Paryżu według wskazówek Rouxa stosują, jest 20 cm.³. Wynika ztąd jasno, że siła tej surowicy jest $^{1200}/_{20} = 60$, czyli taka, jak ją określiłem. Gdyby równała się ona **133** czy **135**, wtedy wstrzykiwano by jej tylko około 9 cm.³. Sądzę, że ta prosta okoliczność ze słów Dra Kleckiego wynikająca, przekona go może, że niezupełnie dokładnie zdaje on sobie z tego wszystkiego sprawę. Mnie osobiście nikt o skuteczności surowicy francuskiej przekonywać nie ma potrzeby, gdyż ciągle widzę tu tego dowody wymowne, ale tej zalecie moje wyliczenia nie przeczyły. Przeciwnie wyświetlają one tylko przyczynę, dla której dawki surowicy francuskiej są i muszą być takie a nie inne.

Warszawa 2. Marca 1895. *Wł. Janowski.*

Szanowny Redaktorze!

Wyniki otrzymane przez kol. Janowskiego zgadzają się w zupełności z temi, które i ja otrzymałem, próbując trzykrotnie dwóch partyj surowicy Rouxa. Próby wykonałem porównawczo używając jednakowego jadu na świnkach morskich od 400—500 grm. wagi z surowicą Rouxa, Behringa Nr. 1, Behringa Nr. 2, Aronsona i otrzymaną w Krakowie. Przy pierwszej próbie surowica Rouxa otrzymana z Paryża 8. Stycznia, pokazała się nieco słabszą od Nr. 1. Behringa; przy drugiej próbie prawie równą Nr. 1. Behringa, ale dwa razy słabszą od Nr. 2. Powtórna próba dokonana z surowicą otrzymaną z Paryża 20. Lutego dała wynik nieco odmienny, mianowicie surowica Rouxa pokazała się na teraz silniejszą od Nr. 1. Behringa, ale znacznie słabszą od Nr. 2. Nie mogę wchodzić tutaj w bliższe szczegóły prób, które niebawem będą ogłoszone. Widać ztąd tylko, że surowica Rouxa dotąd nie jest stałą w swym składzie i w każdym razie ta, jaką w handlu otrzymujemy, nie ma siły większej nad 70—80 jednostek. Być może jednak, że surowica, jaką Roux w wyjątkowych przypadkach otrzymuje i wydaje, jest silniejszą i ztąd pewne partye mogą mieć większą siłę [1]).

Kraków dnia 14. Marca 1895. *O. Bujwid.*

[1]) W Nrze 9. *Münchener med. Wochenschrift* z dnia 12. b. m. i r. oświadcza Miecznikow, że w centymetrze sześciennym surowicy swoistej przeciw błonicy wyrabianej w zakładzie Pasteurowskim w Paryżu mieści się 100 do 200 jednostek immunizacyjnych według skali Behringa-Ehrlicha. (*Przyp. redakcyi*).

V. Oceny i sprawozdania.

Medycyna sądowa.

Pamiętnik ku uczczeniu 25-lecia pracy nauczycielskiej radcy dworu prof. Dra Hofmanna w Wiedniu, poświęcony przez uczniów, wydany przez Dra Haberdę.

Skreślił

Doc. Dr. L. Wachholz.

(Dokończenie. Patrz Nr. 10).

11) Haberda (w Wiedniu): Uwagi sądowo-lekarskie nad wiewiórem (*gonorrhoea*) i jego wykazaniem.

Modna, że tak wolno się wyrazić, sprawa sądowo-lekarskiego znaczenia gonokoków, jako przyczyny infekcyi wiewiórowej, skłoniła autora do podjęcia badań w tej mierze. Lober i Aubert pierwsi zalecili dla celów sądowo-lekarskich poszukiwanie gonokoków w przypadkach zgwałcenia, w których następowo przychodzi do zapalenia dróg płciowych z cechami wiewióra. W dwa lata później zalecił Kratter tak samo poszukiwanie w celach sądowych, dowodząc, że już samo morfologiczne zachowanie się gonokoków wystarcza do stanowczego rozpoznania przyrody zakażenia.

Rzecz dziwna, że Vibert i Bordas doszli w tymże samym czasie do wprost przeciwnych wniosków, co Kratter mimo, iż w 6 przez nich badanych i przed sądem ocenianych przypadkach było niewątpliwie zakażenie wiewiórowe. Zdanie ich opiewa, iż wykrycie w wydzielinie cewki i t. d. gonokoków nie uprawnia lekarza sądowego do żadnych wniosków co do przyrody cierpienia. Obecność gonokoków straciła w tym czasie na rozpoznawczem znaczeniu raz dlatego, że nie znano pewnej a łatwej metody sztucznego ich hodowania, powtóre zaś dlatego, że wykrycie innych diplokoków wielce podobnych do drobnoustrojów wiewióra dało powód niektórym autorom jak Mannabergowi, Lustgartenowi, Legrainowi, Zeisslowi i t. d. do zaprzeczenia ich patogenicznych właściwości. Patogeniczność ich spotkała się z zupełnem uznaniem dopiero od czasu ogłoszenia wyników sumiennych badań Wertheima, które oparte na uproszczonej metodzie sztucznych hodowli, wszelkie wątpliwości co do przyrody wiówióra usunęły. Od tej chwili twierdzenie Krattera i Schulzego, jakoby wykonywanie sztucznych hodowli gonokoka było zbytecznem dla celów sądowo-lekarskich straciło zupełnie na znaczeniu. Lekarz sądowy odtąd nie może się zadowolnić tylko morfologicznem stwierdzeniem gonokoków tak jak to może uczynić klinicysta. Rozpoznanie wiewióra w przypadkach zgwałcenia nie może odtąd opierać się wyłącznie na wykazaniu okresu zarodowego, na zbadaniu ilości i jakości wydzieliny, nasilenia objawów zapalenia, zajęcia cewki moczowej, przebiegu i czasie trwania choroby, lecz na wykazaniu w wydzielinie gonokoków i sztucznem ich wyhodowaniu obok równoczesnego uwzględnienia objawów klinicznych. Lekarz sądowy winien poddać badaniu bakteryologicznemu pod względem obecności gonokoków wydzielinę części płciowych osoby tak zgwałconej jak i gwałcącej, a wynik badania ujemny zwłaszcza w przypadkach przewlocznego wiewióra u osób, które dopuściły się gwałtu, nie przemawia przeciw rozpoznaniu infekcyi, lecz skłania do badań częstszych. Często może się wydarzyć, że osoba, która dopuściła się gwałtu, usuwa rozmyślnie wydzielinę przed zamierzonem badaniem, ztąd też, aby temu zapobiedz, zaleca Bosc badanie bez poprzedniego uwiadomienia badanego z rana, zanim on przez oddanie moczu oczyści swą cewkę, Neisser zaleca wstrzyknięcie do cewki badanego lekko drażniącego płynu, Flatten zaś dłuższą (kilkugodzinną) obserwacyę badanego, zanim się przedsięweźmie badanie.

Zwrócono uwagę także i w tym względzie, czy można wykazać gonokoki w plamach na bieliźnie powstałych z ropy. Pierwszy usiłował wykazać gonokoki z plamy tak

w preparacie barwionym jak i przez hodowle Lober, jednak pomyślnemu wynikowi jego usiłowań słusznie sprzeciwili się Aubert, Neisser, Jadassohn i Bosc. Allen wykazywał gonokoki w plamach przez 3 tygodnie od ich powstania, jednak Aubert sprzeciwia się temu dowodząc, iż ciałka ropne przez wyschnięcie rozpadają się bardzo rychło, a koki znajdywane wówczas nie znajdują się w pierwoszczu i w kępkach. Zapatrywanie to podzielają Coutagne i Legrain, natomiast Horand i Kratter twierdzą, że można wykryć morfotycznie gonokoki w plamach zaschłej ropy nawet po dłuższym czasie. Bosc stanowczo występuje przeciw rozpoznaniu wiewióra, opartem na mikroskopowem wykazaniu gonokoków w zaschłej ropie z plam.

Autor postawił sobie trzy pytania do rozstrzygnięcia: 1) czy można wykazać w zaschłej ropie plam gonokoki za pomocą preparatów mikroskopowych, 2) czy gonokoki w suchej ropie morfotycznie wykazane dają się hodować metodą Wertheima i 3) czy zaschła ropa wiewiórowa posiada jeszcze własności zakaźne, t. j. czy wprowadzona do cewki, wznieca wiewiór.

Na podstawie badań swych przekonał się autor, że gonokoki dadzą się w zaschłej ropie morfologicznie wykazać a to nawet wtedy, gdy plama jest stara, to znaczy, przez dłuższy czas jest przechowana.

Gdy jednak ciałka ropne prędko ulegają zmianom wstecznym i rozpadowi, przeto traci obraz mikroskopowy wiele ze swych cech charakterystycznych a zatem odróżnienie prawdziwych gonokoków od podobnych im diplokoków jest bardzo trudnem a właściwie niemożliwem. Autor posługiwał się w swoich doświadczeniach czystą ropą z ostrego wiewióra, w której poprzednio stwierdzał obecność gonokoków preparatami i hodowlą. Ropę tę rozpościerał na czystem płótnie a mimo tych idealnych okoliczności nie był w stanie po zaschnięciu plamy rozpoznać w niej stanowczo gonokoków. Jakżeż zatem można opierać rozpoznanie dla sądu na obrazie mikroskopowym uzyskanym z plam na bieliźnie przypadków zgwałcenia, jeźli plamy te najczęściej stanowią, jak trafnie uważa Bosc *un mélange de sperme, d'ecoulements vaginaux, de matieres fécales, de crasse, de poussiere.* Rzecz prosta, że rozpoznanie na takim obrazie oparte, byłoby co najmniej lekkomyślnem. Z zaschłej ropy nie był w stanie autor uzyskać hodowli a tylko w dwóch razach uzyskał je mianowicie z plam powleczonych grubszą warstwą ropy po suszeniu ich przez 3 i 5 kwadransów a to dlatego, że ropa w niektórych miejscach plamy jeszcze nie zaschła. Nie ulega zatem wątpliwości, że gonokoki nie mają formy trwałej jakiej Luther dopatrywał się w ich formach inwolucyjnych, że zatem przez wyschnięcie zatracają one swą żywotność. Pod tym względem różnią się więc gonokoki od streptokoków, które wedle badań Gärtnera, Paszeta, Triconiego i innych nie tracą przez wyschnięcie podłoża swej żywotności, toż samo różnią się od diplokoka zapalenia płuc, utrzymującego swą żywotność w zaschłych plwocinach wedle badań Foa, Guarnierego i Bordoniego-Uffreduzziego. Wreszcie przekonał się autor, że szczepienie zaschłej ropy wiewiórowej do cewki moczowej skutku nie odnosi. Do tych samych wyników doszli równocześnie a niezależnie od autora Finger, Ghon i Schlagenhaufer. W dalszym ciągu zastanawia się autor nad tem, czy możliwem jest zakażenie pośrednie wiewiórem. Podaje przypadek tyczący się pewnej kobiety, która używszy kąpieli i bielizny kąpielowej bezpośrednio po swym synie mającym wiewiór, dostała tej choroby.

Doświadczenia wykonane przez autora w tym względzie wykazały, że z ropy wiewiórowej pozostającej przez pewien czas w wodzie letniej (25—28° C.) gonokoki nie dadzą się już wyhodować.

Dla celów sądowo-lekarskich ważnem jest spostrzeżenie, że zakażenie pośrednie wiewiórem zwłaszcza u dzieci może nastąpić przez spanie dzieci wspólnie z choremi osobami dorosłemi.

Zakażenie wiewiórowe nie oszczędza żadnej błony śluzowej, ztąd też może zająć błonę śluzową odbytnicy, jak to się zdarza widzieć u pederastów biernych, może zająć błonę śluzową jamy ust, jak o tem poucza przypadek podany przez Horanda a tyczący się mężczyzny, który spółkując *per os* z prostytutką nabawił się wiewióra. Że zapalenie wiewiórowe jamy ustnej także i na innej drodze wystąpić może, dowodzą przypadki opisane przez Menarda i Rosińskiego, który twierdzi nawet, że noworodki mogą w czasie porodu nabawić się nietylko wiewiórowego zapalenia spojówek, lecz także i błony śluzowej ust przez aspiracyę wydzieliny wiewiórowej z dróg porodowych matki.

Wreszcie ważną jest dla lekarza sądowego i ta zdobycz, którą zawdzięczamy badaniom Wertheima, że gonokoki zachowują się w ustroju jak jad ropny, t. j. że mogą z miejsca pierwotnej infekcyi przenieść się w odległe narządy i tworzyć tam wtórorzędne ogniska. I tak wiadomem teraz, że wiewiórowe zapalenie pochwy osób starszych przenosi się na macicę i trąbki i może dać powód do różnych zaburzeń n. p. do niepłodności, do zapaleń otrzewny, ba, nawet stać się w ostatnim razie przyczyną śmierci. Dzięki spostrzeżeniom Bordoniego, Wertheima i t. d. wiemy, że w przebiegu wiewióra może przyjść do zapaleń stawów opłucnej, torebek ścięgnistych, które jak badanie bakteryologiczne poucza, wywołane bywają wówczas wyłącznie przez gonokoki w tych wydzielinach zapalnych w czystej hodowli dostrzegane. Wreszcie może zakażenie wiewiórowe przenieść się na śródsierdzie i osierdzie i wywołać tu swoiste zapalenia. Te nader poważne następstwa infekcyi wiewiórowej powinien mieć lekarz sądowy w każdym przypadku tego rodzaju na pamięci, aby odpowiednio sformułować swe orzeczenie pod względem możliwych następstw. Zdarzy mu się przypadek, w którym napotka jedno z tych następstw, to zanim je za takie uzna, wpierw winien zbadać je bakteryologicznie.

(Z pracy autora zatem wynika, że rozpoznanie wiewióra w przypadku sądowym winno się opierać na dodatnim wyniku badania podjętego przez sporządzenie preparatów mikroskopowych i przez sporządzenie sztucznej hodowli, której wejrzenie uważa autor za bezwzględnie charakterystyczne dla gonokoków a to opierając się na spostrzeżeniach Wertheima. Tymczasem Wertheim wyraźnie w pracy swej zwraca uwagę, że sztuczne hodowle gonokoków bynajmniej nie są dla nich wyłącznie charakterystyczne w tem znaczeniu, aby po nich rozpoznawać gonokoki jako takie. Doświadczenia sprawozdawcy i Dra J. Nowaka dostatecznie tę okoliczność stwierdziły, przez co obaj uznali za konieczne przeszczepiania z hodowli sztucznych na cewkę moczową w każdym przypadku sądowym. Trudność podejmowania szczepień może ustanie, jeźli potwierdzą się spostrzeżenia Turry, iż gonokoki wywołują także w cewce psów swoiste zapalenia. Przypisek sprawozdawcy). *(Viertjschr f. ger. Med. Supplhft.* 1894).

Chirurgia.

O. Ihle: O desinfekcyi noży operacyjnych.

Słusznie bardzo zwraca autor uwagę, że dziwnym sposobem dziś jeszcze wielu chirurgów uważa nóż za narzędzie, które wystarczy zamaczać w płynie antyseptycznym lub obetrzeć, aby był należycie oczyszczonym, gdy inne narzędzia, nawet nożyczki gotują jak należy. Otóż, nóż jest najwięcej na zakażenie narażonym przy operacyi i u nożownika, który razem ostrzy noże sekcyjne i operacyjne, przeto też najłatwiej może na odwrót zakazić świeżą ranę.

Na usprawiedliwienie tego fatalnego postępowania służy znowu najbłędniejsze zapatrywanie czy zabobon, że skutkiem gotowania nóż tępieje. Jest to mniemanie wręcz mylne.

W dobrym roztworze sody można nawet pół godziny nóż gotować bez szkody dla jego ostrza. Tak samo igły, trójgrańce itd. Trzeba tylko zachować pewne ostrożności:

1) Nie można noża rzucać wraz z innemi narzędziami, które go mogą nietylko stępić ale i poszczerbić, lecz należy

go wkładać w odpowiedniem metalowem pudełku z dziurkami, któremi ma przepływać gotująca się woda. Autor podał odpowiednie także pudełko na noże i na igły. (W klinice chirurgicznej krakowskiej owija się obecnie noże watą i tak się je gotuje).

2) Należy mieć odpowiedni rozczyn t. j. przynajmniej 1% rozczyn czystej sody. Tu zwraca autor uwagę, że soda, jaką kupuje się po handlach, najczęściej jest w wysokim stopniu zanieczyszczona solą Glauberską i solą kuchenną. Należy zatem kupować nie w handlach ale w składach aptekarskich i to sodę chemicznie czystą. *Natrium carbonicum siccum Pharmacop. III.* Jeżeli się zaś już musi kupować gdzie w handlu, to najlepiej brać sodę krystaliczną, o której jednak pamiętać trzeba, że zawiera tylko 1/3 część czystej sody, trzeba więc jej używać w trzykrotnej ilości przy sporządzaniu rozczynu.

Najprostszy sposób sporządzania rozczynu: na pół litra wody daje się łyżkę sody sproszkowanej czystej, albo trzy łyżki sody krystalicznej. W ogóle należy trzymać się zasady, że lepiej dać sody nieco za wiele, niż za mało; większa bowiem ilość sody nie jest dla narzędzi bezwarunkowo szkodliwą a wraz z gotowaniem jest soda najlepszym środkiem zamieniającym wodę twardą na miękką.

Jak wiadomo bowiem, twardość wody zależy głównie od węglanu wapniowego (wapna) i siarkanu wapniowego (gipsu). Przez samo zagotowanie wody opada ziemisty osad węglanu wapniowego, ale gips zostaje w rozpuszczeniu; dopiero po dodaniu sody rozkłada się na siarkan sodowy (sól Glaubera) i węglan wapniowy, który znowu przez gotowanie opada.

Ale gdy sody mało, lub gdy ona w dodatku jest nieczystą, wtedy łatwo narzędzia niklowe czernieją a żelazne rdzewieją.

Nawet do domowego użytku, zwykła soda zanieczyszczona solą kuchenną nie nadaje się, bo sól wydziela mydło i co się zyska na taniej sodzie, to się podwójnie straci na mydle.

Wartoby o tem pamiętać po klinikach i zakładach leczniczych prywatnych! (*Langenbeck' fur Arch. klin. Chir.* T. 48. z. IV 1894). *A. Gabryszewski.*

Choroby dzieci.

Cassel (w Berlinie): **Ospówka** *(varicella).*

W ogóle uważa się ospówkę za jedną z najlżejszych chorób zakaźnych osutkowych, tymczasem C. zwraca uwagę, że ta zwykle łagodna choroba może mieć ciężkie powikłania. W ciągu epidemii ospówki, która panowała w Berlinie w 1894 r., miał on sposobność widzieć kilkakrotnie przypadki, które z powodu powikłań przybierały groźny charakter a nawet kończyły się niepomyślnie. Powikłaniami temi były albo zgorzelina i rozległe owrzodzenia skóry albo co częściej do śmierci prowadzić może, zapalenia nerek. Zwracając na to ostatnie powikłanie szczególną uwagę, radzi nie pomijać nigdy w przebiegu ospówki kilkakrotnego badania moczu. *(Archiv f. Kinderhlkde* XVII. 5 i 6).

Dr. Raczyński.

Felsenthal i Bernhard: **Przyczynek do znajomości ciężaru gatunkowego krwi chorych dzieci.**

Wobec znaczenia, jakie w ostatnich czasach przypisujemy badaniu krwi, nie możemy pominąć niniejszej pracy. Wiadomo, że ciężar gatunkowy krwi przekracza w niektórych chorobach pewne granice a oznaczenie jego może być zużytkowane do celów klinicznych, mianowicie dla rozpoznania i rokowania. F. i B. badali krew dzieci w niektórych chorobach oznaczając ciężar jej gatunkowy za pomocą metody Hammerschlaga (mieszaniny chloroformu z benzolem) równocześnie oznaczano także ilość hemoglobiny i liczono ciałka krwi. Oto wyniki:

W błonicy ciężar gatunkowy krwi bywa wyższy od prawidłowego, chociaż nie stwierdzono, aby w miarę ciężkości zakażenia wzmagał się stale i ciężar gatunkowy krwi.

W zapaleniu nerek przy znacznym białkomoczu opada znacznie ciężar gatunkowy krwi a podnosi w miarę poprawy.

W niedokrewności i bielicy znajdywano stale obniżenie się ciężaru gatunkowego; ten sam stosunek wykazano także dla krzywicy.

W stanach gorączkowych nie można było wykazać stałego stosunku między ciężarem gatunkowym krwi a gorączką. *(Archiv f. Kinderhlkde.* XVII. 5 i 6).

Dr Raczyński.

Zapiski terapeutyczne.

37. Roux (prof. w Lozannie). Leczenie krwawnic *(haemorrhoides).* Wobec mnóstwa sposobów operowania tego cierpienia uważa autor za swój obowiązek przypomnieć sposób tak zwany amerykański, oddawna wprawdzie znany, lecz w Europie przynajmniej mało używany, którym się posługuje z tak dobrym skutkiem, iż od lat już wielu nie potrzebował uciekać się do zabiegu krwawego.

Zaletami sposobu operacyjnego, o którym mowa, są pewność skutku terapeutycznego, łagodność i łatwość operacyi, nadto i to znaczy dużo, że mu chorzy poddają się chętnie, nie uważając go za formalną operacyą.

Autor sądzi, że to także przemawia na korzyść amerykańskiego sposobu operowania, iż nie przerywa on nagle nawykowego upływu krwi, który mimo wszelkich teoryj nie jest bynajmniej dla ustroju obojętnym.

Autor operował w szpitalu zawsze wśród narkozy eterem, w praktyce prywatnej zaś bardzo często bez narkozy i to w sposób następujący:

Po ułożeniu chorego jak do cięcia kamienia wprowadza operujący do odbytnicy obydwa palce wielkie i rytmicznie (*massage cadencé)* rozszerza otwór stolcowy (*anus*) tak, iż brzusiec (*pulpa*) ostatniego członka palca wielkiego dotyka się guzów kości kulszowej. Wtedy wystają wszystkie guzy krwawnicze, napełniające się rychło krwią i tworzące jakoby wieniec naokoło otworu stolcowego. Teraz chwyta się palcem wielkim i wskazującym (lepiej, niż szczypczykami) każdy guz krwawniczy z osobna i od brzegu otworu stolcowego wstrzykuje weń i to w podstawę lub środek strzykawką Pravazowską dwie krople 50—80% rozczynu kwasu karbolowego w glicerynie. Po kilku sekundach guz krwawy nabrzmiewa nieco i nabiera barwy niebieskiej, jasnej lub wcale ciemnej. Toż samo robi się po kolei ze wszystkiemi guzami. W ten sposób krwawnice obrzmiewają tak bardzo, iż nie mogą cofnąć się do wnętrza. Po tej operacyi wprowadza się do środka do połowy wałeczek gazy jodoformowej wazeliną kwasem borowym posmarowany, kształtu klepsydry i wszystko przytwierdza watą dosyć jałową i opaską w kształcie litery **T.**

Ból po operacyi jest bardzo nieznaczny, reakcyi nie ma prawie żadnej, niema mianowicie zatrzymania się moczu u mężczyzn w pierwszej nocy po operacyi, niema potrzeby sztucznego wstrzymywania wypróżnienia, które tylko w razie parcia należy ułatwić przez wstrzyknięcie oleju rącznikowego (*oleum ricini*). Drugiego dnia po operacyi czuć guzy krwawnicze jak orzechy laskowe, ledwo nieco za uciskiem bolesne, które powoli się zmniejszają.

W praktyce prywatnej pozwala autor operowanym wstawać zaraz lub najpóźniej 3go dnia; w szpitalu trzymał chorych w łóżku przez 5 do 8 dni.

Jeżeli chorzy nie cierpią na nawykowe zaparcie żywota, nie ma potrzeby przeczyszczać ich przed operacyą; wystarczy starać się tylko o lekkie wypróżnienie przez trzy pierwsze dnie po operacyi. Po wypadnięciu tamponu dostateczną jest sama tylko czystość.

Zaletą operacyi, o której mowa, jest, że nie wymaga asystencyi i że nie towarzyszy jej krwotok tętniczy, jeżeli igłę od strzykawki wbije się w brzeg otworu stolcowego lub w guz z zewnątrz.

Uciskanie palcami guza podczas wstrzykiwania i przez kilka sekund po wstrzykiwaniu ma na celu zapobiedz niebezpieczeństwu w danym razie zatoru, którego wszakże autor nigdy jeszcze po przerzeczonej operacyi nie widział.

Co się tyczy rezultatów operacyi późniejszych, widział je autor, mianowicie ze względu na powrót choroby lepsze niż po operacyach krwawych; kończąc poleca przeto gorąco opisany sposób leczenia krwawnic. (*Therapeutische Monatshefte.* Marzec 1895).

38. N. Reichmann (w Warszawie): O bezpośrednim wpływie dwuwęglanu sodowego na wydzielanie się soku żołądkowego. Pierwsze doświadczenia nad wpływem alkaliów na wydzielanie się soku żołądkowego robił Klaudyusz Bernard i przekonał się, że małe ich dawki przysparzają wydzielania się soku rzeczonego, wielkie zaś go zobojętniają. Doświadczenia te uzupełnili późniejsi badacze, w części za pośrednictwem wód mineralnych, między nimi Jaworski a Du Mesnil, Linossier i Lemoine wnieśli ze swych doświadczeń, że dwuwęglan sodowy przysparza wydzielania się soku żołądkowego zadany w dawkach nie tylko małych (0·50 do 2·00), ale i dużych (5·00 do 10·00), użytych tak przed jedzeniem jak i po niem.

Doświadczenia wszakże z wodami mineralnemi sprawy ostatecznie rozstrzygać nie mogą, bo wody mineralne zawierają w sobie prócz alkaliów i inne składniki, jak różne sole i kwas węglowy a nadto działają i przez swą temperaturę.

Dlatego autor postanowił rzecz zbadać na podstawie nowych a własnych doświadczeń, do których wybrał dwuwęglan sodowy, jako lek praktycznie najczęściej używany. Do doświadczeń użył osób z chorobą bądź to żołądka, bądź jelit, bądź jednego i drugich razem. Przed doświadczeniami badał dokładnie czynność żołądka pod każdym względem a następnie dopiero przystępował do prób z dwuwęglanem sodowym, zadawanym w różnych okolicznościach i w różnych ilościach.

Autor porównywał naprzód wydzielanie się soku żołądkowego w czczym żołądku po wprowadzeniu doń dwuwęglanu sodowego z wydzielaniem się soku po wprowadzeniu wody destylowanej do żołądka, następnie badał wydzielanie się soku żołądkowego podczas trawienia po zadaniu przed samem jedzeniem dwuwęglanu sodowego, potem badał wpływ rzeczonego środka po wprowadzeniu do żołądka na jakiś czas przed jedzeniem, dalej wpływ dwuwęglanu sodowego zażytego tuż po jedzeniu i w końcu wpływ tegoż środka zadawanego przez dłuższy czas i po jedzeniu.

Z 103 doświadczeń autora w tej mierze pokazało się: 1) że roztwory dwuwęglanu sodowego tak słabe jak i mocne nie nasparzają wydzielania się soku żołądkowego w większej ilości, niż to robi woda destylowana, 2) dwuwęglan sodowy zażyty na jakiś czas przed jedzeniem w ilościach czy małych czy dużych nie wpływa widocznie na wydzielanie się soku żołądkowego, 3) dwuwęglan sodowy zażyty tuż po jedzeniu zmniejsza znacznie stopień kwaśności treści żołądka a tem samem i ilość wolnego kwasu solnego w żołądku i to tem bardziej, im więcej go zadano, 4) zażywanie dwuwęglanu sodowego przez dłuższy czas w wielkich dawkach nie wpływa na wydzielanie się soku żołądkowego.

Z tego wszystkiego wypada, że dwuwęglan sodowy nie wpływa na wydzielanie się soku żołądkowego, lecz tylko już wydzielony zobojętnia a nawet w danych okolicznościach robi alkalicznym.

Sam autor przyznaje, że doświadczeniom jego możnaby zarzucić, iż dokonał ich na osobach chorych, nie spodziewa się wszakże, iżby dwuwęglan sodowy działał w tej mierze inaczej u chorych jak u zdrowych.

Oczywiście, że ten rezultat badań autora nie ujmuje środkom alkalicznym wielkiego znaczenia w leczeniu chorób żołądka, gdyż już samo zmniejszenie kwaśności a nawet w danych okolicznościach zalkalizowanie treści żołądka ma wielką wagę pod względem terapeutycznym a nawet wpływa korzystnie na samą błonę śluzową. Poszukiwania autora rozjaśniają tylko sprawę działania alkaliów w chorobach żołądka i sprowadzają je do właściwych granic. (*Therapeutische Monatshefte.* Marzec 1895).

39. Lasègue. Przeciw wymiotom, osobliwie u ciężarnych zaleca się nastój jodowy i kreozot, do czego przydatne są wzory:

a) Rp. *Ttrae jodi*
Chloroformii $\overline{aa}$ *5·00*
MDS. Rano i wieczór zażywać po 5 kropel z wodą podczas jedzenia lub

b) *Ttrae jodi guttas XV*
Aquae menthae pip. 30·00
MDS. Co godzina zażywać po 15 kropel i

c) *Kreozoti fagini*
Olei amygd. dulc. $\overline{aa}$ *5·00*
MDS. Zażywać z mlekiem trzy lub cztery razy dziennie po 5 do 10 kropel. (*Therapeutische Monatshefte.* Marzec 1895).

VI.

KORESPONDENCYA.

Lwów dnia 16. Marca 1895.

Dziś odbyło się poświęcenie nowego zakładu położniczo-ginekologicznego. Wydział krajowy rozesłał zaproszenia, poświęcił budynek proboszcz miejscowy. Wydział krajowy reprezentowali członkowie: Dr. Hoszard, Wereszczyński, Romanowicz i Sawczak, komitet budowlany w myśl uchwał sejmowych ustanowiony prawie w komplecie, lekarze szpitalni i grono zaproszonych gości. Przy wstępie do zakładu przemówił radca budownictwa Braunseis, jako kierownik budowy i wręczył klucze Drowi Hoszardowi. Po dokonaniu ceremonii poświęcenia przemówił w sali wykładowej Dr. Hoszard, podnosząc zasługi wszystkich, którzy przyczynili się do dokonania dzieła i oddał klucze budynku dyrektorowi szpitala, Drowi Głowackiemu, który w przemowie uwydatnił zasługi Dra Hoszarda i wartość nowego przybytku, jaki szpital otrzymał. Nakoniec ze stanowiska chrześciańskiego miłosierdzia wykazał kapelan szpitalny cel nowo powstałego przytułku dla cierpiących. Prof. Dr. Czyżewicz oprowadzał po budynku i wyjaśniał przeznaczenie ubikacyj.

Otwarcie zakładu dla użytku publicznego nastąpi dopiero po zupełnem wykończeniu urządzenia wewnętrznego, które jeszcze nie jest w całości gotowe. Zakład nowy jest szkołą akuszerek i będzie kliniką fakultetu lekarskiego.

Nie wątpimy, że twórca tego zakładu, prof. Dr. Czyżewicz, ogłosi historyę jego powstania i opisze go szczegółowo; dlatego dziś ograniczymy się tylko do przytoczenia dat odnoszących się do jego budowy. Prof. Dr. Czyżewicz jeszcze w r. 1871., t. j. zaraz po objęciu profesury położnictwa w szkole medyczno-chirurgicznej, zastał zakład położniczy w takim stanie, że zmuszonym się widział napisać memoryał, żądający innego umieszczenia czasowego i budowy nowego zakładu. W ślad zatem podali w 1872. lekarze szpitalni petycyę o toż samo oraz krajowa Rada zdrowia to samo żądanie przedstawiała w swoich rocznych sprawozdaniach sanitarnych i powtarzała je corocznie aż do urzeczywistnienia.

W roku 1874. pod wrażeniem panującej w zakładzie epidemicznie gorączki połogowej, uchwalił Sejm krajowy potrzebę nagłą budowy zakładu położniczego i polecił Wydzia-

łowi krajowemu przedłożyć na następnej sesyi plany i kosztorysy. W tym samym roku 1874. Namiestnictwo, opierając się na zawodowej opinii znawców, do oznaczenia przyczyny wybuchu gorączki połogowej powołanych, oraz na wniosku krajowej Rady zdrowia, zażądało przeniesienia zakładu w inne, odpowiedniejsze miejsce i budowy nowego domu dla niego. Wydział krajowy powołał ankietę w tej sprawie, polecił zakupić kawałek przyległego gruntu i budować zakład na 40 łóżek. Ankieta przyjęła szkic wyrobiony przez prof. Dra Czyżewicza, obliczony na 80 łóżek i na podstawie tego szkicu polecono wyrobić plan i kosztorys, który opiewał na kwotę 111,707 zł. w. a. Dr. Czyżewicz dorobił do planów dokładny spis całego urządzenia wewnętrznego. Tak przygotowana sprawa weszła do Sejmu w roku 1874., który uchwalił odroczyć budowę zakładu położniczego. W roku 1875. weszła sprawa znów do Sejmu i znów uchwalono odroczenie budowy. W 1876. powtórzyła się ta sama historya i Sejm po raz trzeci odroczył budowę. Referentem w Sejmie był zawsze poseł Dr. Hoszard. Wskutek tego uchwalił Wydział krajowy nie wnosić więcej sprawy budowy zakładu położnic do Sejmu.

Odtąd minęło całych lat 13. Ciągłe nawoływania profesora położnictwa, Rady zdrowia, Dyrekcyi szpitala, który coraz to więcej przepełniony, koniecznie wymagał rozszerzenia, były daremne. Zakłady szpitalne nie miały wówczas uznania w sferach decydujących. Placu zakupionego na zakład położnic, co prawda, całkiem nieodpowiedniego, użyto na budynki administracyjne.

W roku 1884. wniósł Wydział krajowy sprawozdanie do Sejmu z projektem budowy skrzydła gmachu głównego. Sejm uchwalił w Październiku potrzebę tej budowy z przeznaczeniem na umieszczenie oddziałów chirurgicznego i położniczego i wyznaczył kredyt 65.000 złr. Wówczas już referentem sanitarnym i członkiem Wydziału był Dr. Hoszard. Wkrótce okazało się, że ta budowa nie pokryła potrzeb szpitala a umieszczenie zakładu położnic było bardzo niedostateczne i nieodpowiednie. W r. 1890. zażądał Wydział krajowy zakupna obszernego gruntu, do szpitala przylegającego, oraz przedłożył Sejmowi projekt zakładu położnic, wyrobiony na podstawie planu jeszcze z r. 1874., z kosztorysem żądającym 20.000 złr. na zakupno gruntu a 183.600 złr. na budowę. Stały referent sejmowy szpitala lwowskiego, poseł Marchwicki, przedłożył tę sprawę z wnioskiem zakupienia gruntu, co też Sejm uchwalił w Listopadzie 1890. Co do budowy zakładu położnic, w myśl wniosku referenta, zapadła uchwała, aby ją rozpocząć dopiero w roku 1892. a to z powodu, że przedłożone szkice i kosztorysy nie mogły stanowić dostatecznej podstawy do rozpoczęcia budowy już w roku 1891. i Wydział krajowy otrzymał polecenie, aby zwołał fachową komisyę lekarską do opracowania projektu zakładu położniczego. Komisya ta zwołaną została wedle wskazówek uchwały sejmowej i poleciła wyrobienie szkicu o systemie pawilonowym. Taki szkic o 4-ch pawilonach dla chorych, obejmujących położnictwo i ginekologię, opracował prof. Dr. Czyżewicz a przyjęto go w zasadzie. Z polecenia Dra Hoszarda opracowano drugi projekt o systemie korytarzowym, wedle wzoru zakładu położniczego w Bernie i ten przedłożono ankiecie, która oświadczyła, że projekt ten nie odpowiada celowi, atoli ze względu, że system pawilonowy wymaga więcej miejsca i kosztów a plac dla zakładu położnic zakupiony już w owym czasie miał mieścić i dwie kliniki fakultetu lekarskiego, którego kreowanie podówczas pewnem się stało, poleciła prof. Drowi Czyżewiczowi wyrobienie nowego projektu o systemie korytarzowym i dopiero mając oba przed sobą postanowiono ostatecznie zadecydować. Jednocześnie wybrano podkomitet z 5-ciu członków, który z gotowemi już wnioskami i szkicami miał rzecz przedłożyć. Wyrobił więc prof. Czyżewicz nowy szkic o systemie korytarzowym, który uwzględnił już i potrzeby kliniczne. Architektonicznie opracował ten szkic p. Braunseis a przyjęły go w całości podkomitet i komisya *ad hoc* ustanowione. Ten szkic jest w obecnym zakładzie położniczo-ginekologicznym najdokładniej przeprowadzony bez żadnej zmiany. Jest to system korytarzowo-pawilonowy, w którym wystarczający ryzalit przedstawia zupełnie oddzielny pawilon a dwa skrzydła, pod kątem prostym do traktu frontowego, na 100 metrów długiego przybudowane, stanowią odrębne dwa pawilony, z osobnemi klatkami schodowemi. W ten sposób ankieta powołana wywiązała się z swego zadania, szkic budynku zmienił c. k. radca budownictwa Braunseis w plan i kosztorys, który potrzebną kwotę obliczył na 245.000 złr. w. a. i te przedłożone zostały Sejmowi. Komisya budżetowa przydzieliła tę sprawę do referatu posłowi prof. Drowi Czyżewiczowi i jego referat przyjęła a Sejm 4. Kwietnia 1892 r. bez opozycyi zamienił wnioski w uchwałę swoją i kwotę 245.000 złr., na 3 lata rozłożoną, z funduszów krajowych na budowę zakładu położniczo-ginekologicznego wyasygnować polecił.

Po tej uchwale nie było żadnej przeszkody do rozpoczęcia budowy. W myśl wniosku komisyi budżetowej powołał Wydział krajowy komitet budowlany, który wybrał komitet ściślejszy i kierownictwo budowy poruczył p. radcy Braunseisowi.

Po oddaniu robót przedsiębiorcom wedle wniosku komitetu budowlanego, okazała się taka oszczędność od kwoty preliminowanej, że możliwem się stało dla nowego gmachu urządzić własną stacyę wodną z motorem benzynowym, windę hidrauliczną do transportu chorych w klatce schodowej, oraz 5 kaloryferów do ogrzania centralnego wszystkich korytarzy, klatek schodowych i większych ubikacyj dla chorych i celów klinicznych. Urządzenia te nie były projektowane z obawy podniesienia kosztów budowy, które mogły odstraszyć od jej zaczęcia. Stacya wodna centralna projektowaną była przez Wydział krajowy z kosztem 80.000 złr. i na wniosek referenta nie była przyjęta, gdyż wówczas niepodobna było jeszcze obliczyć wielkości dalszych budowli klinicznych i ilości potrzebnej dla nich wody. Weszła ona w uchwalone przez Sejm w r. 1895. budowle kliniczne i dom administracyjny (rft Dr. Czyżewicz) a tymczasem zakład położnic z oszczędności sam wybudował swoją stacyę wodną. Tylko nadzwyczajnej znajomości rzeczy, opartej na przeprowadzeniu kilku większych budowli rządowych, którą p. Braunseis okazał przy budowie, oraz sposobowi oddania robót, przy którym konkurencya między powołanymi przez Wydział krajowy przedsiębiorcami była możliwa, zawdzięczyć należy te znaczne oszczędności od kosztorysu, którego ceny jednostkowe z góry były już przyjęte niższe niż praktykowano. Tylko wzajemnemu doskonałemu zrozumieniu się między profesorem Drem Czyżewiczem a radcą Braunseisem i zaufaniu komitetu budowy, który wszystkie ich wnioski zawsze potwierdzał, przypisać należy, że gmach wypadł tak pięknie i tak odpo-

wiada wszystkim wymaganiom lekarskim. Całą część higieniczno-lekarską, począwszy od rozkładu, wielkości i wymiarów sal, aż do najdrobniejszych szczegółów urządzeń higienicznych i antyseptycznych, przeprowadzał prof. Dr. Czyżewicz, całe wykonanie budowlane ze zmysłem architektonicznym i najsubtelniejszem zrozumieniem żądań lekarskich p. radca Braunseis. W końcu trzeba było gotowy już prawie zakład i odpowiednio urządzić. Wydział krajowy wniósł więc sprawozdanie do Sejmu w r. 1894., żądające kredytu 22.500 złr. a Sejm taką kwotę uchwalił do wypłaty (rft Dr. Czyżewicz). Urządzenie to wewnętrzne, w którem znajduje się niemało całkiem oryginalnie obmyślonych przedmiotów, wykonał na podstawie podanych przez prof. Dra Czyżewicza rysunków, modeli i wyjaśnień z taką precyzyą, elegancyą i trwałością, prawie zupełnie miejscowemi siłami, świeżo mianowany p. rządca szpitala Jasiński, że nietylko zaszczyt mu to przynosi, ale zarazem okazał, jak świetnie potrafił przebyć pierwszą próbę w urządzeniu dużego szpitala, na swem miesiące dopiero zajmowanem stanowisku.

Budynek przedstawia się okazale; niema w nim żadnego zbytku i żadnej przesady, zato dużo, bardzo dużo świeżego powietrza i światła. Rozkład wewnętrzny jest w swoim rodzaju właściwy, gdyż obok najzupełniejszej separacyi oddziałów dla zakaźnych, można całą ilość 140 łóżek podzielić na same mniejsze, zupełnie skompletowane oddziałki, zaopatrzone we wszystkie potrzeby kompletnego oddziału szpitalnego. Sala wykładowa prosta, widna i obszerna a sala operacyjna, z dużem oknem o szybach lustrowych i prócz tego oświetlona z góry, chociaż nie wykończona, tak jest jasną, jak gdyby murów nie miała. Widok z niej przepyszny a kaloryfery doprowadzają dowolną ilość ciepłego powietrza, którą przy oglądaniu zakładu widocznie uwydatnić chciano, bo dopiero otwarte przez oprowadzającego wentyle wkrótce ciepłotę poniżej normalnej obniżyły. Słowem jest to budynek, który robi najprzyjemniejsze wrażenie i oby go tylko dwie kliniki, już obecnie budować się mające, zbytnio nie zasłoniły! Pawilon chirurgiczny w Krakowie i zakład położnic we Lwowie, których budowę Sejm galicyjski uchwalił na jednej sesyi i na przedstawienie tego samego referenta, to pierwsze dwa krajowe budynki szpitalne, które mogą iść w zawody z tego rodzaju budowlami zagranicznemi.

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 21. Marca 1895 r.

— W dniu 20. b. m. odbyło się zwyczajne posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, na którem kol. Ludomił Korczyński przedstawił przypadek obrzęku śluzakowego (*myxoedema*) i przypadek kiły mózgu i rdzenia pacierzowego. W dyskusyi przemawiali koll. Gluziński, Korczyński starszy, Domański i prelegent.

— Na posiedzeniu naukowem lekarzy szpitala św. Łazarza i św. Ludwika w dniu 18. Marca odbytem okazał 1) Dr. Krzyształowicz atlas spektroskopijny chorób skórnych i wenerycznych prof. Neissera; 2) Dr. Karpiński przedstawił sposób leczenia cierpień gruźliczych za pomocą przekrwienia biernego metodą Biera i okazał chorego tym sposobem leczonego; 3) Dr. Rutkowski objaśnił sposób znieczulania miejscowego według metody Schleicha; 4) Tenże przedstawił chorą operowaną z wynikiem korzystnym po wgłobieniu jelita biodrowego w jelito ślepe (*intussusceptio ileo-coecalis*) w oddziale chirurgicznym prof. Obalińskiego; 5) Tenże okazał aparat ustalający Lorenza, stosowany w przypadkach gruźliczego zajęcia stawu biodrowego (*coxitis tuberculosa*).

— **Sprawozdanie Izby lekarskiej w Krakowie (z r. 1893. i 1894).** Izba lek. krakowska (zachodnio-galicyjska), powołana do życia reskryptem c. k. Namiestnictwa we Lwowie (z 8. Czerwca 1893 r.) obejmuje w swym okręgu miasto Kraków, dwa powiaty W. Księstwa krakowskiego i 29 powiatów zachodniej Galicyi, podzielonych na 7 grup wyborczych.

Do Izby tej należy 420 lekarzy, z nich 160 w Krakowie a 260 na prowincyi.

W Wydziale Izby zasiadają podczas obecnej (trzechletniej) kadencyi: Prezydent prof. Dr. Maciej Jakubowski, prof. Dr. H. Jordan, prof. Dr. J. Łazarski i Dr. St. Paszkowski, wszyscy z Krakowa, nadto Dr. Aureli Plech (jako wiceprezydent) z Jarosławia.

Na czterech pełnych posiedzeniach Izby prócz załatwienia wielu drobniejszych spraw

a) dokonano ukonstytuowania się Izby,

b) przyjęto regulaminy dla Izby jej Wydziału i Rady honorowej,

c) ułożono budżet w łącznej kwocie wydatków 1600 złr., na których pokrycie ustanowiono roczną wkładkę po 4 złr. od każdego z lekarzy do Izby należących,

d) przystąpiono do wieców Izb lek. Austryi, celem tem dosadniejszej obrony wspólnych interesów,

e) uchwalono wnieść podanie do c. k. Ministerstwa sprawiedliwości w sprawie taks sądowo-lekarskich,

f) wypowiedziano zapatrywania Izby w memoryale do c. k. Ministerstwa spraw wewnętrznych co do rewizyi ustawy o kasach chorych,

g) postanowiono założyć przy Izbie kasę doraźnego wsparcia dla lekarzy (względnie ich rodzin) i rozpisać na ten cel (w r. 1895.) obowiązkową składkę roczną po 2 złr. od każdego z członków Izby.

W wypełnianiu swych zadań nie miała Izba należytego poparcia ze strony lekarzy, co pochodzi prawdopodobnie z niezrozumienia jej stanowiska lub z ociężałości. W sprawie n. p. tak żywotnej, jak sprawa kas chorych, w której Wydział odniósł się do ogółu z wezwaniem o nadesłanie opinij, zaledwo kilku lekarzy nadesłało odpowiedzi.

Zostawiona własnym siłom Izba załatwiła mimoto, już w tak krótkim czasie swego istnienia kilka wymienionych wyżej spraw wielkiej dla stanu lekarskiego doniosłości a w dalszym ciągu zapowiada nowe prace, jakoto w sprawie zniesienia obowiązku donoszenia Władzom o chorobach zakaźnych, w sprawie ustawy podatkowej, w kwestyi ułożenia etyki lekarskiej, w sprawie utworzenia kas wsparcia i emerytury dla lekarzy i t. d.

Strzegąc godności stanu lekarskiego Rada honorowa Izby była zniewoloną do przeprowadzenia śledztwa dyscyplinarnego w kilku przypadkach.

Dołączony do sprawozdania wykaz lekarzy, do okręgu krak. Izby lek. należących, obejmuje spis ich imienny z podaniem miejsca pobytu oraz zmiany w ich przesiedlaniu się i listę zmarłych kolegów.

Wreszcie w dodatku pomieszczono wszelkie akta i dokumenta władz, uchwały samej Izby i referaty w sprawach przez nią rozirząsanych.

— Dr. Jan Landau w Wiedniu (IX. Mariannengasse 14.) zaproszony przez redakcyę *Therapeutische Wochenschrift* na sprawozdawcę z polskiego piśmiennictwa lekarskiego, uprasza Szan. Kolegów autorów prac oryginalnych, szczególnie z zakresu terapii, o nadsyłanie odbitek z nich.

— Dr. Franciszek Michalik w Przemyślu, praktykujący w lecie w Krynicy, został zaproszony na członka korespondenta paryskiego Towarzystwa elektroterapeutycznego.

— Ministerstwo spraw wewnętrznych w Wiedniu orzekło na podstawie opinii najwyższej Rady lekarskiej, iż metody hidropatycznej Kneippa nie można uważać za metodę umiejętną, na rozumowych zasadach opartą i że przeto przy udzielaniu pozwolenia na zakłady hidropatyczne według metody Kneippa, której użycie zresztą zupełnie zostawia się uznaniu lekarza zakładowego, nie wolno tej metody wpisywać w koncesyę.

— Postanowieniem z dnia 22. z. m. rozporządziły austryackie ministerstwa spraw wewnętrznych i handlu, że przesyłki surowicy swoistej przeciw błonicy, pochodzące z miejsc dozwolonych a w swym czasie ogłoszonych, wolne są całkiem od cła, jeżeli przychodzą bez żadnego pośrednictwa pod adresem aptek, naukowych zakładów wydziałów lekarskich i szpitali uznanych za publiczne. Przesyłki przychodzące pod adresem lekarzy lub osób prywatnych opłacają cło, jak od leków gotowych sprowadzanych z zagranicy.

— Fabryka w Höchst zniżyła od 5. b. m. począwszy ceny wyrabianej przez siebie surowicy swoistej przeciw błonicy a mianowicie kosztuje flaszeczka Nru 0 (z żółtą etykietą) zawierającego 200 jednostek normalnych antytoksyny 75 feników, Nru I. (z zieloną etykietą) z 600 jednostkami 2 marki, Nru II. (z białą etykietą) z 1000 jednostek $2^1/_2$ marki, Nru III. (z czerwoną etykietą) z 1500 jednostek antytoksyny $5^1/_2$ marki. Z tych cen odstępuje fabryka składom materyałów aptecznych 25% pod warunkiem, iż one znów opuszczą aptekarzom z tego 15%.

— **Posada.** Zarząd zakładu leczniczego w Jaworzu na Szląsku austryackim poszukuje lekarza dla zakładu i dóbr właściciela. Wymaga się znajomości języka polskiego i niemieckiego tudzież praktycznych wiadomości z hidroterapii i stopnia doktora wszech nauk lekarskich. Pensya stała 900 złr. i bezpłatne mieszkanie z opałem prócz honoraryum od gości w zakładzie leczących się. Zgłosić się należy pod adresem: Zarząd zakładu kąpielowego i uzdrowiska w Jaworzu (Ernsdorf) pod Bielskiem na Szląsku austryackim.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich. W *Gazecie lekarskiej* Nrze 11-tym. A. Chełmoński: Badania kliniczne nad wpływem wyciągu gnilnego na przebieg niektórych chorób zakaźnych. A. Majewski. Wodniak niewieści (*hydrocele muliebris*) (dok.). H. Higier: O halucynacyach jednostronnych. Przyczynek do terapii i patogenezy złudzeń zmysłowych (dokończenie). W *Medycynie* Nrze 11-tym. F. Arnstein: O drgawkach u dzieci pod wpływem pierwszego ząbkowania i o roli pierwszego ząbkowania w etyologii chorób wieku dziecięcego. A. Winawer: Kilka słów o leczeniu uporczywych postaci tyłopochylenia i tyłozgięcia macicy (dokończenie).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

KONKURS.

Na podstawie rozporządzenia Wys. Wydziału krajowego z dnia 8. Czerwca 1894 r. L. 27.235 i uchwały Wydziału powiatowego w Rohatynie z dnia 12. Lipca 1894. L. 1756. rozpisuje się niniejszem ponownie **Konkurs na posadę lekarza okręgowego dla okręgu sanitarnego w Podkamieniu powiat rohatyński**, który obejmować będzie 14 gmin z ludnością 10.556 głów.

Siedzibą lekarza będzie miasteczko Podkamień, a mianowany lekarz okręgowy będzie miał obowiązek utrzymywania apteki domowej.

Ubiegający się o powyższą posadę, mają się wykazać:

1) prawem obywatelstwa austryackiego;
2) dyplomem doktora wszech nauk lekarskich, uprawniającym do wykonywania praktyki;
3) przynajmniej dwuletnią praktyką w zawodzie lekarskim;
4) nieskazitelnym charakterem;
5) znajomością języków krajowych;
6) potrzebną zdatnością fizyczną.

Z powyższą posadą łączy się płaca roczna w kwocie 500 złr. i ryczałt na koszta podróży obowiązkowych w kwocie 200 złr. w. a.

Obowiązki lekarza okręgowego określa §. 14. rozporządzenia wykonawczego do ustawy z dnia 2. Lutego 1891. wydanego przez c. k. Namiestnictwo w porozumieniu z Wydziałem krajowym (Dz. ust. i rozp. kraj. Nr. 82. XXII).

Podania należycie udokumentowane należy wnieść do Wydziału powiatowego w Rohatynie po dzień 15. Kwietnia 1895 roku.

Rohatyn dnia 6. Marca 1895 r.

73—1—1 ***Wydział powiatowy.***

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.